Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/7200

31. 05. 1990

Sachgebiet 212

Endbericht

der Enquete-Kommission

„Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung"

gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 8. Mai 1987 und vom 5. Februar 1988 — Drucksachen 11/244 (neu), 11/1754 —

Inhaltsübersicht

Vorwort

Die Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" legt drei Jahre nach ihrer Konstituierung und zwei Jahre nach dem Zwischenbericht ihren Endbericht vor. Sie verbindet damit die Erwartung, daß die detaillierten Bestandsaufnahmen, Bewertungen und empfohlenen Maßnahmen nicht nur dem Deutschen Bundestag, sondern auch einer breiten Öffentlichkeit die Möglichkeit eröffnen, Risiken, aber auch Chancen zu erkennen, der Immunschwäche AIDS sowie ihren einschneidenden menschlichen und sozialen Folgen wirksam begegnen zu können.

Die Kommission hat sich bei ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung zum einen von der Zielvorstellung leiten lassen, mögliche Maßnahmen zur Verhinderung von Neuinfektionen, zur Bekämpfung der Krankheit und zur Milderung ihrer gesellschaftlichen Auswirkungen sowie zur Hilfe für die Betroffenen aufzuzeigen. Es war zum anderen ihre Absicht, zur Reflexion von bisher noch weit verbreiteter emotionaler Verhaltensweisen wie auch Vorurteilen und damit zur Bewußtseinsbildung in der Bevölkerung beizutragen.

Die öffentliche Diskussion um AIDS wird nicht mehr in dem Ausmaß geführt wie zu Beginn der Kommissionstätigkeit. Dies dürfte in erster Linie darauf zurückzuführen sein, daß der anfänglich erwartete steile Anstieg von Ansteckungs- und Erkrankungszahlen tatsächlich erheblich flacher verläuft und damit weniger beängstigend ausgefallen ist. So hat sich die Zeit, in der sich die Zahlen der festgestellten Erkrankungen verdoppeln, von ursprünglich neun Monaten auf einundzwanzig Monate verlängert. Darüber hinaus haben die seltener gewordene Erwähnung der Krankheit in den Medien sowie die Aufklärungsmaßnahmen öffentlicher Stellen und privater Organisationen dazu beigetragen, Panikgefühle abzubauen. AIDS wird heute als eines von vielen Lebensrisiken betrachtet, die auf unsere Gesellschaft zukommen, ohne der Krankheit länger eine Sonderrolle einzuräumen. Nach wie vor steht aber die — wenn auch verlangsamte — Zunahme von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen eindeutig der Annahme entgegen, die Infektionsgefahr sei gebannt.

In der Kommission besteht Konsens, der heute allgemein geteilt wird, daß die Aufklärung die entscheidende Strategie in der Prävention darstellt. Sie sah sich daher veranlaßt, die Bedingungen einer erfolgreichen Prävention in wichtigen, großen Bereichen und Gruppen zu untersuchen bzw. die Barrieren, die ihr entgegenstehen, zu identifizieren. Dies hat nicht nur zu dem Ergebnis geführt, die bisherige Aufklärungspolitik der Bundesregierung zu bestätigen, sondern auch die Fortführung und Weiterentwicklung der eingeleiteten Maßnahmen für dringend geboten zu halten. AIDS-Prävention muß langfristig in ein Konzept zur allgemeinen Gesundheitsförderung und -erziehung eingebaut werden. Jeder einzelne muß einen Präventionsentwurf für seine Person entwickeln, der sich auf die spezifischen Übertragungswege und den Entwicklungsverlauf von der Infektion bis zum symptomatischen Erkrankung stützt.

In der Kommission bestanden, wie im Endbericht deutlich wird, unterschiedliche Ansichten über die Bedeutung der Medizin hinsichtlich der Betreuung und Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken. Gleichwohl werden die vorgelegten Ergebnisse sowie vieles, was wir in den vergangenen Jahren beim Umgang mit der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung erfahren und gelernt haben, in Zukunft auf andere Infektionen und Krankheiten, die durch präzisere Diagnosemöglichkeiten früher erkannt werden können, übertragbar sein.

Überall dort, wo ein langer Zeitraum zwischen einer Dispositionsanalyse und den ersten symptomatischen Erkrankungen besteht, müssen die Betreuungsformen ähnlich angelegt werden wie, wir sie bei den HIV-Infizierten entwickelt haben. Den Selbsthilfegruppen als Ergänzung zur ärztlichen und psychosozialen Betreuung wird in Zukunft eine große Bedeutung zukommen.

Das bisherige Fehlen einer Kausaltherapie und von Impfstoffen war für die Kommission der Anlaß, die Forschung in der Bundesrepublik Deutschland einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Die Ergebnisse bestätigen, daß sich die Bundesregierung mit ihrer Forschungspolitik auf dem richtigen Weg befindet. Mit ihren Empfehlungen bringt die Kommission jedoch zum Ausdruck, daß weitere Anstrengungen im Handlungs- und Forschungsbereich erforderlich sind.

Die öffentliche und politische Diskussion um die Ausgrenzung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowohl in sozialer als auch in rechtlicher Hinsicht gab der Kommission Veranlassung, fast sämtliche Rechtsgebiete auf ihre Vereinbarkeit mit dieser Situation und auf Handlungsnotwendigkeiten zu überprüfen, in dem Wissen, daß Recht nur in eingeschränkter Weise Bewußtsein prägt und ethische Werte vermittelt. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, daß unter den heutigen Gegebenheiten die Rechtsvorschriften insgesamt als ausreichend angesehen werden können, der Immunschwäche AIDS gerecht zu werden, wenngleich auf einigen Rechtsgebieten ein Handlungsbedarf gesehen wurde. In der Kommission bestand zwar dahingehend Konsens, daß neben der Aufklärung als wichtigste Strategie der Prävention flankierende administrative Maßnahmen erforderlich sein können. Unterschiedliche Auffassungen wurden jedoch darüber vertreten, wann und welche seuchenrechtliche Maßnahmen zur Anwendung kommen sollten.

In dem Bewußtsein der Dringlichkeit und der Bedeutung der Aufgabenstellung haben die Kommissionsmitglieder eine Diskussion geführt, in der es gelang, trotz mancher kontroverser Ausgangsposition in vielen Fällen doch zu gemeinsamen Aussagen zu finden. Sie haben den meisten Kapiteln zugestimmt, auch wenn dies nicht in jeder Bewertung und Empfehlung der persönlichen Auffassung des einzelnen entsprach, letztlich auch deshalb, um dem Gesamtergebnis das notwendige Gewicht zu verleihen.

Allen Kommissionsmitgliedern danke ich für die intensive und ausgezeichnete Kooperation. Meinen besonderen Dank und den der Kommission möchte ich dem Sekretariat für seinen vorbildlichen Einsatz und die hervorragende Zusammenarbeit aussprechen, dessen Leistung es ermöglichte, den Endbericht in dieser Form und in so kurzer Zeit zum Abschluß zu bringen.

Bonn, den 26. Mai 1990

Dr. Hans-Peter Voigt (Northeim), MdB

Vorsitzender der Enquete-Kommission
des 11. Deutschen Bundestages
„Gefahren von AIDS und wirksame
Wege zu ihrer Eindämmung".

ABSCHNITT A

Zusammenfassung der Empfehlungen der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung"

Zum 2. Kapitel „Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten"

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und auf die Länder sowie die entsprechenden Organisationen, Institutionen und Verbände hinzuwirken,

1. daß die Beratungs- und Betreuungsgebote so angelegt werden, daß — bezogen auf den Einzelfall — das Übertragungsrisiko so gering wie möglich gehalten wird. Der Betroffene muß darin bestärkt werden, von sich aus alles zu tun, um andere nicht zu gefährden;

2. daß bei der Aufklärung jedem, der für sich ein Infektionsrisiko annimmt, eine Beratung empfohlen werden soll. In der Beratung sollen die positiven und negativen Aspekte des HIV-Antikörpertests objektiv und ohne Tendenz mit dem Beratenen erörtert werden. Die Entscheidung für oder gegen den Test ist eine individuelle Entscheidung. Die Beratung hat diese Autonomie des einzelnen zu respektieren.

   Der eine Teil der Kommission hält die vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich medizinisch-therapeutischer Interventionen bei symptomlos HIV-Infizierten für ausreichend, um heute schon grundsätzlich zum Test zu ermutigen.

   Der andere Teil der Kommission hält eine solche generelle Beratungstendenz erst dann für gerechtfertigt, wenn entsprechende Medikamente bzw. Therapien in ihrer Wirksamkeit und Sicherheit erhärtet bzw. vom Bundesgesundheitsamt zugelassen sind.

3. Beratungs- und Betreuungsangebote, auch für Partner und Familienangehörige, in Anbetracht der wachsenden Zahlen HIV-Infizierter zu verbreitern und die Qualifikation und die Fortbildung zu verbessern; dies gilt insbesondere für den ärztlichen und psychosozialen Bereich;

4. auch auf jene Berater, die nicht ohnehin einer gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, einzuwirken, keine Inhalte aus Beratungsgesprächen mit HIV-Infizierten an Dritte weiterzugeben;

5. Ärzten, Beratern und psychosozialen Fachkräften die Möglichkeit zu einer ständigen Supervision zu eröffnen;

6. im Rahmen der Fort- und Weiterbildung der Ärzte sowie der AIDS-Fachkräfte über alle Gründe für und gegen einen HIV-Antikörpertest zu informieren und dabei auch die einschlägige Rechtslage einzubeziehen;

7. in der Beratung und ärztlichen Betreuung von HIV-Infizierten die Diskriminierungsprophylaxe zu betonen;

8. in geeigneter Weise ein antidiskriminierendes Klima gegenüber Homosexuellen zu fördern (z. B. durch verstärkte öffentliche Förderung von Selbsthilfegruppen und Projekte Homosexueller) sowie geeignete Maßnahmen zur rechtlichen und gesellschaftlichen Gleichstellung Homosexueller zu ergreifen und dabei unter anderem, wie bereits im Zwischenbericht vorgeschlagen, die sexualstrafrechtliche Lage bezüglich § 175 Strafgesetzbuch zu überprüfen;

9. dem jeweiligen Beratungsbedarf bisexueller Männer sowie heterosexueller, infizierter Männer besser als bisher zu entsprechen;

10. dem Beratungsverlauf nicht drogenabhängiger HIV-infizierter Frauen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Lebenssituation mehr Rechnung zu tragen;

11. die Beratung und Betreuung von HIV-infizierten Drogenabhängigen durch eine Erweiterung der Drogenberatung auf eine Lebensberatung auszubauen, dabei den Bereich der Sexualität stärker einzubeziehen und die Hilfen durch den Ausbau niederschwelliger Angebote und durch eine den Einzelfall berücksichtigende Möglichkeit der Vergabe von Methadon zu unterstützen;

12. auf den HIV-Antikörpertest im Bewilligungsverfahren vor Antritt einer Langzeittherapie bei Drogenabhängigen zu verzichten;

13. dafür Sorge zu tragen, daß im Bereich der Hilfe (z. B. bei finanzieller Unterstützung) für infizierte Bluter insbesondere auch das dörfliche bzw. kleinstädtische Umfeld beachtet wird; besonderer Sorge bedürfen auch andere Infizierte im dörflichen und kleinstädtischen Milieu;

14. die umfassende Aufklärung und Beratung von HIV-infizierten Schwangeren so zu gestalten, daß ihnen ermöglicht wird, eine eigenverantwortliche Entscheidung über einen eventuellen Schwangerschaftsabbruch zu treffen;

15. in den Aufklärungsmaßnahmen auch jenen HIV-Infizierten mögliche Hilfen aufzuzeigen, die bisher — vorwiegend aus Furcht vor Diskriminierungen oder aus anderen Ängsten — Kontakte zu Ärzten und psychosozialer Betreuung vermieden haben;

16. die Fachöffentlichkeit fortlaufend über neue Möglichkeiten medizinischer Interventionen, einschließlich ihrer Erfolgsaussichten zu informieren; auch die allgemeine Öffentlichkeit ist in geeigneter Weise zu informieren;

17. das „Frankfurter Modell" als Forschungsmodell auszugestalten, dabei die Teilnehmer als „Mitarbeiter der Forschung" (subjects) unter offener Darstellung der Vor- und Nachteile zu gewinnen,
    - allen Anforderungen an klinische Feldforschung zu entsprechen,
    - im Logbuch das Ausschleusen von Patienten systematisch abzuhandeln,
    - psychosoziale Faktoren zu reflektieren und Folgerungen daraus zu ziehen,
    - die Einrichtung eines Patientenbeirats sowie die organisatorische Einbindung der AIDS-Hilfen in dieses Modell zu prüfen,
    - Forschungs- und Behandlungseinrichtungen örtlich zu trennen und
    - die Ratschläge für symptomlos Infizierte deren individuellen Bedürfnissen anzupassen;

18. im Umgang mit symptomlos HIV-Infizierten ein Betreuungsüberangebot, das einer sinnvollen individuellen Verarbeitung der Situation „HIV-infiziert" entgegenstehen kann, zu vermeiden;

19. Beratungseinrichtungen und -organisationen ausreichend öffentliche Mittel für die Beratung in diesen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen;

20. weitere Zustiftungen oder Zuschüsse an die AIDS-Stiftungen zu prüfen;

21. für Prostituierte systematisch Ausstiegshilfen zu schaffen und den Prostituiertenselbsthilfegruppen finanzielle Hilfen zu leisten;

22. die Abfindungszahlungen der pharmazeutischen Industrie an durch Blutderivate HIV-infizierte Bluter von der Besteuerung und der Anrechnung auf Sozialleistungen auszunehmen;

23. AIDS-Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Fachpersonal im Bereich der Betreuung von HIV-Infizierten zu unterstützen.

Zum 3. Kapitel „Betreuung und Versorgung der Erkrankten"

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder hinzuwirken sowie entsprechende Anregungen an die betreffenden Organisationen, Institutionen und Verbände weiterzuleiten,

1. im Hinblick auf die bekannte Mindestzahl HIV-Infizierter (derzeit über 36 000) Kapazitätsplanungen für die zu erwartenden Zahlen der klinisch Kranken (Voll-

bild AIDS) zu erstellen und umgehend organisatorische und bauliche Voraussetzungen für diese vorauszuberechnenden Krankenzahlen zu schaffen;

2. die Bettenbedarfsplanung der Länder auf die zu erwartenden Zahlen von AIDS-Patienten abzustellen und die Einrichtung von Stationen, die für die Behandlung von HIV-Kranken geeignet sind, zu fördern;

3. die notwendigen Vorkehrungen bzw. Einrichtungen für eine vollwertige ambulante Behandlung von AIDS-Patienten zu treffen. Hierzu gehört auch die Schaffung geeigneter baulicher Voraussetzungen;

4. im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung von HIV-infizierten Patienten für eine angemessene Vermehrung der Stellen für Ärzte, Pflegepersonal, Sprechstundenhilfen und Laborpersonal Sorge zu tragen. Dies gilt besonders für die Ballungszentren der Bundesrepublik Deutschland, in denen in absehbarer Zeit die Zahl der Kranken stark ansteigen wird;

5. für an AIDS erkrankte Personen, die ihren Alltag nicht mehr eigenständig bewältigen können, wie auch für andere chronisch Kranke mit begrenzter Lebenserwartung in ausreichendem Umfang professionell betreute Wohngemeinschaften zu schaffen. Auch für drogenabhängige AIDS-Kranke besteht ein Bedarf an Einrichtungen, die eine komplette ärztliche Betreuung ermöglichen;

6. bei den Modellprojekten der Bundesregierung im Bereich der ambulanten und stationären Krankenpflege auch die weitere notwendige Finanzierung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sicherzustellen;

7. geeignete Formen einer ambulanten und stationären Versorgung von AIDS-Patienten auch außerhalb von Ballungszentren zu schaffen;

8. nachdrücklich darauf hinzuwirken, daß Pflegekapazitäten für Patienten (z. B. mit Enzephalopathie) geschaffen werden, bei denen keine Behandlungsmöglichkeiten mehr bestehen, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Hier besteht räumlicher wie personeller Bedarf;

9. generell dafür zu sorgen, daß die ärztliche und pflegerische Versorgung HIV-Infizierter bzw. AIDS-Kranker nicht hinter der anderer Kranker mit langdauernden unheilbaren Leiden zurückbleibt, vielmehr die HIV-Infektion und ihr Endstadium AIDS zum Anlaß zu nehmen, die ärztliche Versorgung aller chronisch Kranken und Pflegebedürftigen nachhaltig zu verbessern;

10. AIDS-Schwerpunktenpraxen bzw. AIDS-Ambulanzen abrechnungstechnisch onkologischen Einheiten gleichzustellen;

11. die Organisationsabläufe in Krankenhäusern flexibler zu gestalten, damit auf die besondere Situation der AIDS-Kranken Rücksicht genommen werden kann. Flexiblere Besuchszeiten, Rooming-in bei Schwerstkranken und die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen sollten soweit wie möglich gewährleistet werden;

12. dem Pflegepersonal auf vornehmlich mit AIDS-Patienten belegten Stationen und in AIDS-Ambulanzen für ihre psychisch belastende und nicht völlig risikofreie Tätigkeit besondere Vergünstigungen zu gewähren (Infektionszuschläge, Zusatzurlaub und anderes);

13. den Stellenschlüssel auf vornehmlich mit AIDS-Patienten belegten Stationen entsprechend der Arbeitsbelastung zu erhöhen;

14. besondere Regelungen für die sehr schwierige Gruppe der nicht entzogenen Drogenabhängigen zu treffen;

15. bei den Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch sonstigen Ärzteorganisationen darauf hinzuwirken, daß Vorbereitungen für die auf sie zukommenden Aufgaben umgehend getroffen werden;

16. den Aufbau eines abgestuften medizinischen Konsiliardienstes zu fördern;

17. dafür Sorge zu tragen, daß das Wissen über die HIV-Infektion in die Ausbildungskataloge aller Medizinalberufe, aber auch aller Sozialberufe in geeigneter Weise aufgenommen wird. Hierzu müssen schnellstens Fortbildungsveranstaltungen eingerichtet werden;

18. Ärzten in der Weiterbildung, die an der klinischen Versorgung AIDS-Kranker beteiligt sind, diese Tätigkeit in angemessenem Umfang auf ihre Facharztausbildung anzurechnen;

19. dafür Sorge zu tragen, daß die erhebliche menschliche Belastung von Ärzten und Pflegepersonal bei ihrer schweren Tätigkeit mit AIDS-Patienten und anderen chronisch Kranken mit schlechter Prognose durch geeignete Unterstützung, z. B. eine Supervision durch einen erfahrenen Psychologen oder regelmäßige Kontakte mit einem Seelsorger, erträglich gemacht wird;

20. für optimale medizinische Versorgung von AIDS-Kranken den Patienten nicht nur die derzeit bestmöglichen ärztlichen Leistungen zu gewähren, sondern auch für eine integrierte soziale und psychische Betreuung je nach Lage des Einzelfalles zu sorgen.

Zum 4. Kapitel „AIDS und Kinder"

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie auf die Länder und entsprechende Institutionen, Organisationen und Verbände hinzuwirken,

1. eine ausreichende personelle und finanzielle Unterstützung der oft komplizierten Spezialdiagnostik einer HIV-Infektion bei Neugeborenen und Kleinkindern zu ermöglichen;

2. Programme zur Verlaufsbeobachtung des Gesundheitszustandes der Kinder von HIV-infizierten Müttern über viele Jahre, unabhängig davon, ob eine HIV-Infektion nachgewiesen werden konnte oder nicht, zu fördern;

3. die Unterschiede im Verlauf und im Krankheitsbild im Rahmen von Langzeituntersuchungen zwischen der Infektion des Kindes und der des Erwachsenen zu erarbeiten;

4. die Frühsymptome einer HIV-Infektion beim Kind zu erforschen;

5. eine spezifische Therapie mit Virostatika (AZT, DDI) bei Kindern zu entwickeln sowie die vorläufige Zulassung wirksamer Therapeutika auch für Kinder zu beschleunigen;

6. die Therapie und Prophylaxe opportunistischer Infektionen im Kindesalter zu optimieren, z. B. Pentamidininhalation, Prophylaxe von Pilzinfektionen;

7. den Wirkungsmechanismus des nur bei Kindern vorhandenen positiven Effektes von intravenös verabreichten Gammaglobulinen zu erforschen;

8. die perinatale Diagnostik und Frühdiagnose einer HIV-Infektion bei Neugeborenen zu optimieren. Dazu gehört die Entwicklung optimierter virologischer Techniken, wie die Polymeraseketten-Reaktion (PCR), die Virusanzucht, der Antigennachweis sowie anderer hochempfinderlicher Nachweisverfahren;

9. die Information der Ärzte und der Öffentlichkeit über Therapieformen der HIV-Infektion auch beim Kind zu gewährleisten;

10. besonderere Aufklärungsprogramme zu entwickeln, um die Akzeptanz HIV-infizierter Kinder in Kindergärten und Schulen zu fördern;

11. durch eine ergänzende Antidiskriminierungsbestimmung in § 29 Jugendwohlfahrtsgesetz sicherzustellen, daß bei der Erteilung einer Pflegschaftserlaubnis in der Praxis vorhandene Benachteiligungen aufgrund der sexuellen Orientierung oder des Familienstandes ausgeschlossen werden;

12. Versorgungsangebote, z. B. Tagespflegestellen, in familiären Notfällen, wie Erkrankung/Tod der Eltern, kurzfristig bereitzustellen;

13. die Finanzierung von Tagespflegestellen für die familienergänzende Betreuung von HIV-infizierten Kindern entsprechend der Berliner Regelung zu ermöglichen;

14. auf die Jugendämter dahin gehend einzuwirken, bei der Vermittlung von HIV-infizierten Kindern Personen, die nicht dem traditionellen Familienbild entspre-

chen, nicht generell abzulehnen, sondern jeweils eine am Kindeswohl orientierte Einzelprüfung vorzunehmen.

Zum 5. Kapitel „Zielgruppenspezifische Prävention"

Unterabschnitt 1: Prävention in privaten und öffentlichen Unternehmen (mit Ausnahme der Betriebe im Gesundheitswesen)

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten,

1. persönliche Aufklärungsmaßnahmen in allen Behörden und öffentlichen Unternehmen mit dem Ziel durchzuführen und zu verstärken, Neuinfektionen zu vermeiden und Diskriminierungen zu verhindern. Die Kampagnen dürfen keine Einzelaktionen sein, sondern müssen sich in zeitlichen Abständen wiederholen;
2. in politischen Verlautbarungen und in der gesamten Aufklärung immer wieder darauf hinzuweisen, daß eine HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung im Arbeitsleben für andere keine Gefahr darstellt;
3. den Aufklärungsschwerpunkt „Arbeitswelt" mit dem Ziel zu verstärken, möglichst allen Betrieben in der Bundesrepublik Deutschland die Notwendigkeit von Aufklärungsmaßnahmen auch am Arbeitsplatz deutlich zu machen;
4. die ersten Erfahrungen der Aufklärungskampagne „Arbeitswelt" möglichst bald zu dokumentieren und auszuwerten;
5. die Aufklärungskampagnen in kleinen und mittleren Betrieben zu verstärken. Hierfür sind den Präventionsträgern weitere Finanzmittel zur Verfügung zu stellen;
6. die Großbetriebe in ihren Präventionsbemühungen mit Informationsmaterial weiterhin zu unterstützen. Da Betriebe in vielen Fällen auch selbsterstelltes Informationsmaterial verwenden, ist die Zweckmäßigkeit einer Koordinierungsstelle zu prüfen;
7. grundsätzlich in Verlautbarungen und in Gesprächen mit den Arbeitgeberverbänden immer wieder darauf hinzuweisen, daß in Betrieben, in denen Arbeitnehmern der HIV-Antikörpertest angeboten wird, das Prinzip der Freiwilligkeit und Anonymität zu gelten hat und daß bei Vornahme eines HIV-Antikörpertests eine vor- und nachgehende Testberatung als Präventionschance genutzt wird.

Unterabschnitt 2: Prävention bei der Bundeswehr und im Zivildienst

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

Bundeswehr

1. dafür Sorge zu tragen, daß das Angebot an die Soldaten, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, auf jeden Fall zeitlich der Unterrichtung über AIDS durch den Truppenarzt nachfolgt;
2. bei vorhergehender Beratung und vor der Testvornahme nachdrücklich und deutlich darauf hinzuweisen, daß der HIV-Antikörpertest ausschließlich freiwillig ist;
3. ein Konzept zu erarbeiten, um die Wehrpflichtigen vor Abschluß ihres Wehrdienstes ein weiteres Mal über die HIV-Infektion und die Wege, sich davor zu schützen, aufzuklären;
4. die Handhabungen und Auswirkungen des Tests in der Bundeswehr wissenschaftlich zu untersuchen, insbesondere zu prüfen, ob bei großer Gruppe und niedriger Prävalenz eine erhebliche Zahl von falsch-positiven oder falsch-nega-

tiven Testergebnissen zu erwarten steht und damit der prädiktive Wert des Tests absinkt;

Zivildienst

5. sicherzustellen, daß den Dienststellen Lehr- und Anschauungsmaterial — nach entsprechender Multiplikatorenschulung — zur Verfügung gestellt werden, um die zur Zeit noch bestehenden Beratungslücken zu schließen;
6. sicherzustellen, daß die Einführungslehrgänge in den Zivildienstschulen, in denen heute eine qualitativ gute Beratung stattfindet, für alle Zivildienstleistenden verpflichtend sind;
7. ein Konzept zu erarbeiten, um die Zivildienstleistenden vor Abschluß ihres Dienstes ein weiteres Mal über die HIV-Infektion und die Wege, sich davor zu schützen, aufzuklären.

Unterabschnitt 3: Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag unter dem Hinweis, daß die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen aus dem islamischen Kulturkreis nicht zu den Hauptbetroffenengruppen zählen, die Bundesregierung zu ersuchen sowie entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

1. bei Aufbau und dauerhafter Förderung einer gruppenspezifischen Aufklärung für Personen aus dem islamischen Kulturkreis die ethischen, sprachlichen, soziokulturellen und religiösen Belange der jeweiligen Gruppe zu berücksichtigen;
2. verbesserte Aufklärungsmaterialien in ausländischen Sprachen zu erarbeiten, die die Besonderheiten des jeweiligen Kulturkreises berücksichtigen und in differenzierter und gezielter Form jeweils Frauen und Männer sowie Hauptbetroffenengruppen ansprechen;
3. Ton- und Bildträger zu erarbeiten, die einerseits ausführlich informieren, andererseits aber auch die Moralvorstellungen der jeweiligen Heimatgesellschaft mitberücksichtigen;
4. bundesweit eine Telefonberatung für Menschen aus dem islamischen Kulturkreis aufzubauen;
5. für die Präventionsprogramme die gesellschaftlichen Strukturen der ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens zu nutzen. In Zusammenarbeit mit außerstaatlichen Trägern sollen geeignete ausländische Mitbürger beiderlei Geschlechts, wie Ärzte, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Lehrer, aber auch Geistliche, zu Multiplikatoren fortgebildet werden. Dabei soll sichergestellt werden, daß in der späteren Aufklärungsarbeit Frauen durch Frauen und Männer durch Männer beraten werden;
6. den dringend erforderlichen Einsatz von ausländischen Streetworkern sicherzustellen, um eine Verhaltensänderung bei ausländischen Strichern zu bewirken;
7. das in Berlin angelaufene Beratungs- und Betreuungsmodell auf alle Ballungsgebiete in der Bundesrepublik Deutschland auszuweiten. Neben den Türken sind auch weitere Nationalitäten aus dem islamischen Kulturkreis in das Projekt miteinzubeziehen;
8. in den Informationsmaterialien auch die Rechtssituation darzustellen, um einer Diskriminierung oder einer Angst vor Ausweisung aufgrund einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung entgegenzuwirken. Ferner soll geprüft werden, ob die persönliche Beratung auch eine Rechtsberatung mit einschließen kann;
9. zu beachten, daß der erhebliche Ermessensspielraum, den das Ausländerrecht den Behörden bei der Entscheidung über eine Ausweisung zubilligt, zu einer

starken Verunsicherung der ausländischen Mitbürger führt. Bei der Ermessensentscheidung ist die Lage des Betroffenen in seinem Heimatland, vor allem seine Integrationschancen zu berücksichtigen.

10. im Zusammenhang mit AIDS auf Länderebene zu einheitlichen Ausführungsbestimmungen zu kommen.

Unterabschnitt 4: Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung und chronisch psychisch Kranken

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und bei den Ländern anzuregen,

1. in der Öffentlichkeit darauf hinzuwirken, daß das Recht geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen, ihre Sexualität zu leben, breitere Akzeptanz erfährt;
2. die Aufklärungsarbeit der in diesen Einrichtungen tätigen Mitarbeiter durch entsprechende Informationsmaterialien zum Thema Sexualität zu unterstützen;
3. die Öffentlichkeit darüber zu informieren, daß chronisch psychisch Kranke und Menschen mit geistiger Behinderung eher weniger durch AIDS gefährdet sind als der Durchschnitt der Bürger unserer Gesellschaft;
4. in Einrichtungen der stationären und teilstationären Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung einen HIV-Antikörpertest nur dann durchzuführen, wenn der Behinderte es wünscht, wenn der Test zur Abklärung einer unklaren Erkrankung notwendig ist oder wenn anamnestisch ein eindeutiges Infektionsrisiko besteht, wobei in jedem Fall die rechtlichen Bestimmungen zu beachten sind.

Unterabschnitt 5: Prävention in Justizvollzugsanstalten und Strafvollzugsrecht

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie bei den Ländern anzuregen,

1. im Hinblick auf die gewandelte Rechtsauffassung über das informationelle Selbstbestimmungsrecht auch der Gefangenen die bisherige Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in den Justizvollzugsanstalten zu überprüfen und entsprechende Gesetzentwürfe vorzulegen;
2. in geeigneter Weise sicherzustellen, daß Homosexuelle insbesondere bei Entscheidungen über Bildung und Auflösung von Zellengemeinschaften, bei Entscheidungen über die Unterbringung während der Freizeit sowie beim Bezug von Informationsmaterialien homosexuellen Inhalts nicht aufgrund ihrer Homosexualität benachteiligt werden dürfen;
3. überzeugende Konzepte für kontinuierliche Beratungs- und Gesprächsangebote zu entwickeln;
4. mit der Beratung und Betreuung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen nicht nur Sozialarbeiter, sondern auch Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu betrauen, eventuell ergänzt durch freie Mitarbeiter nach § 155 Abs. 1 Strafvollzugsgesetz, die folgende Aufgaben haben sollten:
   - Entwicklung und Umsetzung von Aufklärungsprogrammen sowie von Programmen zur Prophylaxe (Safer-sex-Infos, Desinfektion von Spritzen, Motivation zur Drogentherapie usw.),
   - Einzel- und Gruppenberatung von Gefangenen und von Bediensteten (Hauskonferenzen), Telefonberatung,
   - Anleitung von Gruppen HIV-infizierter Gefangener mit dem Ziel, die Gefangenen psychisch zu stabilisieren und zur besseren Lebensbewältigung zu befähigen,

- Anleitung und Hilfestellung bei der Einzelfallaufarbeitung in Form von Supervision von Gruppenleitern, die mit HIV-infizierten Gefangenen Einzel- und Gruppenarbeit durchführen,
- Beratung und Betreuung von Angehörigen HIV-infizierter Gefangener,
- Vermittlung externer Beratung und Hilfe sowie
- Zusammenarbeit mit den externen AIDS-, Drogen- und Selbsthilfeeinrichtungen und deren Koordinierung innerhalb der Anstalt;

5. die Betreuung HIV-infizierter und AIDS-kranker Häftlinge durch Mitarbeiter von externen AIDS- und Drogenhilfen weiter zu fördern, wobei es den Betroffenen, soweit es vertretbar ist, gestattet werden sollte, die externen AIDS- und Drogenhilfen zwecks Beratung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen aufzusuchen;
6. im Hinblick auf die durch die Sprachbarrieren bedingten Defizite bei der Beratung und Betreuung ausländischer Häftlinge eine zentrale Stelle mit der Aufgabe zu betrauen, die schon verhandenen Merkblätter in ausländischen Sprachen zu erfassen und die Bezugsquellen nachzuweisen. Dabei wäre es wichtig, in einem Überblick festzuhalten, wo es für infizierte und kranke ausländische Häftlinge mit weniger geläufigen Sprachen ausreichende Betreuungsmöglichkeiten gibt, damit die Betroffenen gegebenenfalls in diese Anstalten verlegt werden können;
7. im Hinblick auf ein realistisches Präventionskonzept
   - in jeder Anstalt Möglichkeiten zum körperlichen Entzug unter ärztlicher und psychotherapeutischer Begleitung anzubieten, wobei das Angebot wegen der besseren Akzeptanz auch die Möglichkeit zu medikamentengestütztem „weichem" Entzug unter ärztlicher Kontrolle mit umfassen müßte;
   - den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen;
   - den Gefangenen Natriumhypochlorit als Desinfektionsmittel frei zugänglich zu machen;
   - drogenabhängigen Gefangenen, bei denen herkömmliche Entwöhnungstherapien keinen Erfolg versprechen, aufgrund ärztlicher Entscheidung im Einzelfall Substitutionsbehandlungen anzubieten und sie im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen über den Entlassungszeitpunkt hinaus auf Methadon einzustellen. Es sollte auch sichergestellt werden, daß Neuinhaftierte, die bereits in einer Substitutionsbehandlung sind, die Behandlung fortführen können;
   - eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 Betäubungsmittelgesetz auch zuzulassen, wenn sich Verurteilte wegen ihrer Abhängigkeit in einer Substitutionsbehandlung befinden oder zusagen, sich einer solchen zu unterziehen, sofern deren Beginn gewährleistet ist;
8. Kondome und wasserlösliche Gleitmittel in den Haftanstalten so zugänglich zu machen, daß sich Gefangene damit unbemerkt versorgen können;
9. die bisherige Praxis aufzugeben, HIV-infizierte Gefangene aus „psychologischen Gründen" von Küchen- und Hausarbeiten auszuschließen;
10. bei Arbeitgebern darauf hinzuwirken, daß sie die Beschäftigung von Gefangenen nicht von einer Information über deren HIV-Status abhängig machen und entsprechendem Druck von Arbeitgebern entgegenwirken;
11. von der teilweise üblichen Praxis abzugehen, Urlaub und Vollzugslockerung bei HIV-infizierten Gefangenen generell davon abhängig zu machen, daß die Gefangenen ihre Intimpartner von der Infektion unterrichten;
12. Schwerkranken zu ermöglichen, in Freiheit zu sterben sowie bei der Prüfung der Vollzugstauglichkeit von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen auch ihre psychische Verfassung und deren mögliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Betroffenen in die Abwägung mit einzubeziehen;

13. Häftlingen in regelmässigen Abständen auf freiwilliger Basis die Möglichkeit einer Beratung und eines anonymen HIV-Antikörpertests anzubieten;
14. Geeignete Untersuchungsdesigns unter Wahrung der Anonymität und Freiwilligkeit zu entwickeln, um verläßlichere Informationen zu erhalten.

Unterabschnitt 6: Prävention und Tourismus

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten,

1. in Zusammenarbeit mit den Touristikverbänden Präventionskonzepte zu entwerfen, die die Touristen über Infektionsgefahren und Schutzmöglichkeiten informieren und unverzüglich ein Konzept zu entwickeln, um Sextouristen anzusprechen, die trotz intensiver Präventionsbemühungen sich nicht geschützt haben;
2. Untersuchungen über die Motivationsstruktur der Sextouristen aus der Bundesrepublik Deutschland zu veranlassen, die ihren Urlaub in Ländern der Dritten Welt verbringen und deren Ergebnisse für die Prävention umzusetzen;
3. in Gesprächen mit dem „Deutschen Reisebüro-Verband e.V." und anderen Touristikverbänden die Problematik des Sextourismus und seine verdeckte bzw. offene Werbung hierfür darzustellen und Möglichkeiten zur Lösung des Problems zu suchen;
4. in politischen Verlautbarungen, aber auch Aufklärungsaktionen deutlich zu machen, daß Sextourismus nicht nur zu einer Infektion mit HIV führen kann, sondern auch ethisch und moralisch fragwürdig ist und bei einer Diskreditierungskampagne gegen den Sextourismus nicht vor drastischen Beispielen zurückzuschrecken;
5. die Entwicklungshilfepolitik dahin gehend zu überdenken, daß der aus ökonomischen Gründen stattfindenden Landflucht der Menschen in Ländern der Dritten Welt möglichst Einhalt geboten wird;
6. die Stärkung der gesellschaftlichen und ökonomischen Stellung der Frau zum zentralen Bestandteil des politischen Dialogs mit den Entwicklungsländern zu machen;
7. mit den Zielländern des Sextourismus gemeinsame Präventionskampagnen zu entwickeln und dabei auch den Einsatz von Streetworkern für deutsche Touristen vor Ort zu erwägen;
8. Gespräche mit den Regierungen und Touristikexperten der Zielländer dahin gehend zu führen, daß es zu einer strukturellen Veränderung des touristischen Angebots kommt;
9. das Strafgesetz dahin gehend zu ergänzen, daß sexueller Mißbrauch von Kindern durch deutsche Staatsangehörige auch dann dem deutschen Strafrecht unterliegt, wenn das Kind nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt, und die Tat am Tatort nicht mit Strafe bedroht wird;
10. auf völkerrechtlicher Ebene Abmachungen zu treffen, die dem Schutz der Kinder vor sexuellem Mißbrauch dienen.

Zum 6. Kapitel „AIDS und Recht"

Unterabschnitt 2: Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder hinzuwirken sowie entsprechende Anregungen an die betreffenden Organisationen und Verbände weiterzuleiten,

1. an der Auffassung festzuhalten, daß der entscheidende Beitrag zur Bekämpfung von AIDS durch ein breites Aufklärungs- und Beratungskonzept zu leisten ist und daß der Einsatz rechtlich möglicher seuchenpolizeilicher Mittel allgemein

und im Einzelfall auch von den plausibel davon ausgehenden erwünschten und unerwünschten Wirkungen auf Einstellung, Verhalten und Vertrauen der von den Maßnahmen unmittelbar oder mittelbar Betroffenen abhängig zu machen ist;

2. gegenüber den Gesundheitsbehörden klarzustellen, daß der HIV-Antikörpertest nur erzwungen werden darf, wenn für den Fall eines positiven Befundes bei der betroffenen Person weitere seuchenpolizeiliche Maßnahmen in Betracht kommen, die sonst nicht getroffen werden können;

3. für die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung keine namentliche Meldepflicht entsprechend § 3 Bundesseuchengesetz oder § 12 Geschlechtskrankheitengesetz einzuführen;

4. in das Bundesseuchengesetz einen bereichsspezifischen Datenschutz einzufügen, der vor allem die Übermittlung von Gesundheitsdaten an andere öffentliche Stellen und an Dritte regelt;

5. für die Methode des Unlinked testing — nicht nur im Hinblick auf AIDS, sondern ganz allgemein — eine klare gesetzliche Grundlage zu schaffen, die die Transparenz erhöht und Mißtrauen abbaut;

6. die Testung von Blutresten, bei denen eine De-Anonymisierung nicht ausgeschlossen ist, nur zuzulassen, wenn die Betroffenen darin eingewilligt haben;

7. bis zur Entscheidung des Gesetzgebers an rechtmäßig gewonnen Blutproben, nach irreversibler Anonymisierung, epidemiologische Untersuchungen zur Verbesserung der Datenlage über die Verbreitung der HIV-Infektion einzuleiten;

8. im Falle von Tätigkeitsverboten für Prostituierte für angemessene Ausstiegshilfen zu sorgen;

9. grundsätzlich darauf zu verzichten, die Tatsache, daß eine Person HIV-positiv ist, in den polizeilichen Informationssystemen zu speichern. Zumindest muß sichergestellt sein, daß eine etwaige Speicherung höchstens unter den einschränkenden Bedingungen erfolgen darf, wie sie im Beschluß der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder am 7. Dezember 1987 zum Ausdruck kommen. Die danach unzulässig gespeicherten Daten sollten unverzüglich unter Aufsicht der Datenschutzbeauftragten gelöscht werden;

10. die HIV-Infektion nicht in das Geschlechtskrankheitengesetz aufzunehmen;

11. durch eine Ergänzung des § 30 Bundesseuchengesetzes klarzustellen, ob und inwieweit Heilpraktikern die Behandlung von Personen erlaubt ist, die mit HIV infiziert, an AIDS erkrankt oder dessen verdächtig sind.

    Über die Richtung dieser Klarstellung bestehen in der Kommission unterschiedliche Vorstellungen:

    die Mehrheit der Kommission empfiehlt eine Klarstellung des § 30 Abs. 1 Satz 2 Bundesseuchengesetz mit dem Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Feststellung einer HIV-Infektion bzw. zu deren Bekämpfung den Ärzten vorzubehalten;

    der andere Teil der Kommission empfiehlt eine Klarstellung dahin gehend, daß der Arztvorbehalt die Behandlung der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung nicht umfaßt;

12. die Öffentlichkeit auch darüber aufzuklären, daß AIDS eine Krankheit ist, die ärztlicher Behandlung bedarf. Heilpraktiker dürfen daher nur neben den behandelnden Ärzten aufgesucht werden. Behandelnde Heilpraktiker haben sich gegebenenfalls zu vergewissern, daß ihre Patienten wegen der HIV-Infektion auch ärztlich betreut werden.

Unterabschnitt 4: Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag,

1. im Strafgesetzbuch eine strafbewehrte Verschwiegenheitspflicht für Berater in AIDS-Fragen in anerkannten Beratungsstellen einzuführen, der durch folgende Änderung des § 203 Abs. 1 Nr. 4 Strafgesetzbuch Rechnung getragen werden könnte:

   „4. Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für AIDS- und Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, . . ."

   Durch eine derartige Regelung wären die ehrenamtlichen Berater miteinbezogen;

2. die Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen sowie eine Ergänzung des Beschlagnahmeverbots, dem durch folgende Gesetzesänderungen Rechnung getragen werden könnte:

2.1 In § 53 Abs. 1 Strafprozeßordnung sollte folgende Nr. 3b neu eingefügt werden:

   „3b. Mitglieder und Beauftragte einer Beratungsstelle für AIDS- und Suchtfragen, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;"

2.2 § 97 Strafprozeßordnung sollte wie folgt ergänzt werden:

   a) In Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 wird jeweils bei „§ 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3a" der Buchstabe „a" durch den Buchstaben „b" ersetzt.

   b) Abs. 2 Satz 2 sollte folgende Fassung erhalten:
   „Der Beschlagnahme unterliegen auch nicht Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam einer Krankenanstalt sind, sowie Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der in § 53 Abs. 1 Nr. 3a, b genannten Personen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam der anerkannten Beratungsstelle nach § 218b Abs. 2 Nr. 1 des Strafgesetzbuches *oder nach § 53 Abs. 1 Nr. 3b* sind."

3. die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder einzuwirken, daß die staatliche Anerkennung von Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen möglichst einheitlich geregelt und praktiziert wird. Finanzierung aus öffentlichen Mitteln reicht für die Anerkennung nicht aus.

Unterabschnitt 7: Öffentliches Dienstrecht und AIDS

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

1. einen Entwurf zum Beamtenrechtsrahmengesetz vorzulegen, in dem der Begriff der gesundheitlichen Eignung präzisiert wird und zwar sowohl hinsichtlich der prognoseerheblichen Krankheiten als auch der Diagnoseverfahren;

2. eine Überprüfung vorzunehmen, ob HIV-infizierte Beamtenbewerber hinsichtlich des Zugangs zum öffentlichen Dienst den Schwerbehinderten gleichgestellt werden können;

3. zu prüfen, ob das Beamtenrecht durch ein Benachteiligungsverbot im Hinblick auf die sexuelle Orientierung ergänzt werden sollte.

Unterabschnitt 8: Sozialrechtliche Aspekte der HIV-Infektion AIDS-Erkrankung

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

Zum Sozialversicherungsrecht

Gesetzliche Krankenversicherung

1. die Entwicklung bei den Entscheidungen zur Finanzierung der häuslichen Pflege zu beobachten und gegebenenfalls durch gesetzgeberische Maßnahmen die Finanzierungsmöglichkeiten zu erweitern;
2. Versicherungslücken durch Herausfallen aus der Pflichtversicherung bei Sperrzeiten nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder bei nicht fristgerechter Stellung eines Rehabilitationantrags zu schließen;

Gesetzliche Unfallversicherung

3. die Entwicklung der HIV-Infektionsrisiken des Labor- und Pflegepersonals und die unfallschutzrechtliche Praxis beobachten zu lassen, um notfalls Lücken im Unfallversicherungsschutz zu schließen;

Rehabilitation und Kuren

4. auf die Rehabilitationsträger einzuwirken, für die Zukunft auf die Durchführung von HIV-Antikörpertests im Bewilligungsverfahren zu verzichten;
5. auf die Rentenversicherungsträger als Träger von Rehabilitationsmaßnahmen dahin gehend einzuwirken, daß sie in ihren Verfahrensgrundsätzen nicht generell AIDS-Kranke von gesundheitlichen Rehabilitationsmaßnahmen ausschließen und laufende Rehabilitationsmaßnahmen nicht bei einer AIDS-Diagnose generell unterbrechen, sondern vielmehr auf den jeweiligen Einzelfall abstellen;

Zum Arbeitsförderungsgesetz, Bundessozialhilfegesetz und Wohngeldgesetz

6. Unterhaltsleistungen, die nicht auf einer gesetzlichen Verpflichtung beruhen, jedoch wegen der Subsidiarität im Arbeitsförderungsgesetz, Bundessozialhilfegesetz und Wohngeldgesetz zu erbringen sind, allgemein, also nicht nur in Zusammenhang mit AIDS, im Steuerrecht ebenso zu behandeln wie gesetzliche Unterhaltsleistungen;

Zum Bundessozialhilfegesetz

7. gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, daß die Umsetzung des Bundessozialhilfegesetzes einheitlich erfolgt;
8. gemeinsam mit den Ländern bei der vorbeugenden Gesundheitshilfe nach § 36 Bundessozialhilfegesetz auf eine einheitliche Anwendung dieser Vorschrift hinzuwirken.

Zum Schwerbehindertenrecht

9. gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, daß die Anträge auf Anerkennung als Schwerbehinderter zügiger bearbeitet werden.

Unterabschnitt 9: Prostitution und AIDS

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie bei den Ländern anzuregen,

1. Gesetzentwürfe des Inhaltes vorzulegen,

1.1 daß das Versprechen einer Gegenleistung für die geschlechtliche Hingabe nicht schon wegen Sittenwidrigkeit nichtig ist;

1.2 § 180 a Abs. 1 Nr. 2 Strafgesetzbuch dahin einzuschränken, daß ordentlich geführte Bordelle, die mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten, nicht mehr unter diesen Tatbestand fallen;

1.3 daß die unauffällige Ausübung der Prostitution in Sperrbezirken, die andere nicht belästigt, und die unauffällige Werbung für die Prostitution, einschließlich von Hinweisen auf Safer-sex, keine Straftat oder Ordnungswidrigkeit mehr darstellen;

2. auf eine vertrauensvolle, kooperative Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsverwaltungen und Prostituierten hinsichtlich deren Bemühungen um eine risikofreie Ausübung ihrer Tätigkeit hinzuwirken.

Zum 7. Kapitel „Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS“

Unterabschnitt 1: Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben, Projekte und Kooperationen des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

1. für die AIDS-Aufklärung die notwendigen Mittel für ein umfassendes und plurales Angebot weiterhin auch nach 1991 zur Verfügung zu stellen;

2. für die Weiterförderung der Modellprogramme und Projekte auch nach 1991 die Mittel in notwendigem Umfang zur Verfügung zu stellen, um sich entwickelnde Strukturen nicht zu gefährden und um Auswertungen zu ermöglichen, soweit diese bis Ende 1991 nicht vorliegen, damit die Länder in die Lage versetzt werden, über die Übernahme bzw. Weiterführung der Modellprogramme und Projekte zu entscheiden;

3. auch für die Zeit nach 1991 die erforderlichen Mittel für Forschungsprojekte zur Verfügung zu stellen, um auf neue Fragestellungen rasch reagieren sowie erforderlichenfalls den bisherigen Erkenntnisstand vertiefen und ihn entsprechend umsetzen zu können;

4. Verfahren zu entwickeln, die die Vergabe neuer Projekte transparenter machen;

5. die notwendige nationale Kooperation und internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von AIDS zu verbessern.

Unterabschnitt 2: Modellmaßnahmen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie auf die Länder und entsprechende Institutionen, Organisationen und Verbände hinzuwirken,

1. die Finanzierung der Programme über 1991 hinaus sicherzustellen;

2. das Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramm für Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte und Pflegepersonal unter Beibehaltung der bisherigen Haushaltsmittel um zwei Jahre zu verlängern;

3. für eine wissenschaftliche Evaluation der Modellmaßnahmen Sorge zu tragen, um sie in ihrer Qualität zu sichern und die Übertragbarkeit der gewonnenen Erfahrungen auf die Versorgung von anderen chronisch Kranken zu prüfen;

4. den Aufbau eines Konsiliardienstes für Ärzte zu fördern;

5. dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 1991 zu berichten, ab welchem Zeitpunkt die im Rahmen der Soforthilfe zur Entlastung des Personals geleisteten Förderungsmaßnahmen in die Regelfinanzierung überführt sind;
6. in die Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme auch Ärzte im Praktikum einzubeziehen;
7. auf eine weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Krankenpflege hinzuwirken, z. B. auf der Grundlage der Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 4. Dezember 1989.

Zum 8. Kapitel „AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland"

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie auf die Länder hinzuwirken,

Grundsätzliches

1. die bisherige Förderung wissenschaftlich vielversprechender Projekte der AIDS-Forschung fortzusetzen;
2. Forschungsrichtungen und Forschungsvorhaben, die auch für das Thema AIDS relevant sein können, vermehrt zu fördern;
3. die üblichen Förderungszeiträume in ausgewählten Fällen zu verlängern, um die komplexen Arbeitsgebiete unterschiedlicher wissenschaftlicher Sachbereiche der AIDS-Forschung (z. B. klinische, sozial- und naturwissenschaftliche Themen) angemessen bearbeiten zu können;
4. Lehrstühle bzw. Professuren für die wissenschaftlichen Disziplinen neu einzurichten, in deren Sachbereichen Defizite infolge der AIDS-Problematik deutlich geworden sind (z. B. Public Health, Epidemiologie, Klinische Infektiologie);
5. zu klären, ob Verwaltungs- und Organisationsformen an Universitäten möglicherweise verhindern, daß Forschungsvorhaben von höchster Priorität — mit notwendigerweise rasch wechselnden Zielsetzungen — zügig abgewickelt werden können;
6. die bestehenden Stipendienfonds zu verstärken und den internationalen Erfahrungsaustausch effektiver zu fördern;

Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung

7. die Förderung der bisherigen naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung unvermindert fortzusetzen;
8. die Erforschung der Übertragungswege der HIV-Infektion zu unterstützen;
9. auch innovative Bereiche der experimentellen Chemotherapie in ihren chemischen und biochemischen Grundlagen weiter zu entwickeln;
10. die biologische Basis und medizinischen Grundlagen der Opiatsucht und des Suchtphänomens mit allen experimentellen Möglichkeiten zu erforschen;
11. die Arbeiten zur Entwicklung von relevanten Tiermodellen als Grundlage der Pathogeneseforschung sowie der Chemotherapie- und Impfstoffentwicklung zu fördern;

Sozialwissenschaften

12. vermehrt AIDS-relevante Forschungsvorhaben aus den unterschiedlichen Disziplinen der Sozialwissenschaften in die Förderung aufzunehmen;
13. die Grundlagen der psychotherapeutischen Unterstützung von HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, ihren Angehörigen und ihrer Betreuer wissenschaftlich zu bearbeiten;
14. kooperative Studien zwischen klinischen Psychologen, Psychiatern und Neurologen zu fördern, insbesondere um auch Parameter zur Unterscheidung von hirnorganischen Manifestationen der HIV-Infektion, der psychischen Verarbei-

tung der Diagnose (Coping) und psychoreaktivem Verhalten erarbeiten zu lassen;

15. zur Grundlagenforschung der Psychoimmunologie Studien zu vergeben;

16. im Bereich der Sexualwissenschaften die Erforschung der Bisexualität aufzugreifen sowie die Problematik, ob und wie sexuelle Verhaltensweisen verändert werden, systematisch zu erforschen;

Epidemiologie

17. in epidemiologischen Untersuchungen bereits erhobene Daten unter Wahrung der Anonymität in ihrem jeweiligen Herkunftszusammenhang zu analysieren und die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen besser miteinander zu verbinden;

18. Nutzen und Durchführbarkeit von epidemiologischen Studien an umschriebenen Indikatorpopulationen (Sentinel populations) weiter überprüfen zu lassen. Ferner sollte geprüft werden, inwieweit die Methode des Unlinked testing aussagekräftige Angaben erbringt bzw. welche Mindestdaten notwendig sind;

19. Studien zur Prognose der HIV- und AIDS-Ausbreitung und der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu fördern (epidemiologisch fundierte Modellrechnungen, Simulationen, Szenarien);

Public Health

20. die Public-Health-Forschung auf- bzw. auszubauen;

Klinische Forschung und Therapie

21. klinische Studien zu dem Verlauf der HIV-Infektion und dem vielfältigen Spektrum von Manifestationen verstärkt zu fördern und die den Verlauf beeinflussenden Faktoren (z. B. Drogen) zu untersuchen;

22. die klinische Forschung zum Thema Opiatsucht zu unterstützen, insbesondere dabei den Einfluß von Drogen auf das Immunsystem, den unterschiedlichen Verlauf der HIV-Infektion bei Drogengebrauch sowie das Entzugsphänomen und die Selbstheilung zu berücksichtigen;

23. die Erforschung der unterschiedlichen Infektiosität während verschiedener Stadien sowie begünstigender und hemmender Faktoren (Prädilektionsfaktoren) verstärkt zu unterstützen;

24. klinische Therapiestudien (Behandlung der HIV-Infektion, opportunistischer Infektionen und sekundärer Tumoren) weiter zu unterstützen, wobei Nebenwirkungen, Langzeiteffekte verschiedener therapeutischer Regimes, die Polypharmakotherapie und neuartige Therapieprinzipien, u. a. das sogenannte Drug targeting (selektive Transportmechanismen zum Wirkort), mitzuberücksichtigen sind.

Zum 9. Kapitel „AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt"

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, in der multi- und bilateralen Zusammenarbeit mit Ländern der Dritten Welt nach folgenden Leitlinien zu verfahren:

1. Programme zur Prävention und Bekämpfung von AIDS sind langfristig und unter sorgfältiger Beachtung ethischer Grundsätze zu konzipieren.

2. Programme zur Prävention und Bekämpfung von AIDS sind — wo immer möglich — in bestehende Gesundheits- und Selbsthilfestrukturen einzubauen.

3. Die primäre Vorbeugung und Information bleibt die wichtigste Bekämpfungsmaßnahme, da zur Zeit weder eine effektive Therapie noch ein Impfstoff zur Verfügung stehen, und auch in nächster Zeit nicht zu erwarten sind.

4. Bei begrenzten Mitteln hat die Förderung der Entwicklung und Durchführung von Interventionsstrategien und -programmen Vorrang vor der Unterstützung epidemiologischer und anderer wissenschaftlicher Projekte.

5. Der Mangel an soziologischen, ethnologischen und sexualpsychologischen Studien erschwert die Entwicklung von Strategien in einem so sensiblen Bereich wie der AIDS-Aufklärung. Entsprechende Untersuchungen und Studien müssen dringend nachgeholt werden. Wo immer möglich, ist hierbei auf lokales Know-how zurückzugreifen.

6. Studien über die Verbreitung von AIDS (Sentinel-surveillance) in unterschiedlichen Personengruppen sind zu fördern. Damit können Aussagen über den Trend der Ausbreitung der HIV-Infektion in den jeweiligen Zielgruppen gemacht und die Effizienz der eingeleiteten Präventionsmaßnahmen evaluiert werden. Die ethischen und sicherheitstechnischen Probleme aller Reihenuntersuchungen auf HIV-Antikörper müssen beachtet werden.

   Dabei sind einheitliche methodische Ansätze anzustreben um die Ergebnisse von epidemiologischen Erhebungen aus verschiedenen geographischen Regionen miteinander vergleichen zu können.

7. Geschlechtskrankheiten, insbesondere solche, die zu ulzerativen Veränderungen im Genitalbereich führen, können wesentlich zur Verbreitung von HIV beitragen. Programme zur Eindämmung von sexuell übertragbaren Krankheiten müssen integraler Bestandteil von AIDS-Bekämpfungsmaßnahmen sein und sind daher verstärkt zu unterstützen.

8. Die Anwendung von Kondomen ist besonders bei Gruppen mit häufigem und wechselndem Geschlechtsverkehr, auch im Hinblick auf die Vermeidung anderer Geschlechtskrankheiten, zu fördern. Wo immer ökonomisch sinnvoll und entsprechende Qualitätskontrolle vorhanden, sind Länder auch bei der Errichtung eigener Produktionsstätten für Kondome zu unterstützen (z. B. in Südost-Asien).

9. Die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern — vor allem in Afrika — müssen gestärkt werden. Besonders dringlich ist der Aufbau von Primärgesundheitsdiensten. Hierzu sollte die Bundesregierung zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen. Wenn ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht, aber nicht adäquat vergütet werden kann, sollten vorübergehend auch Gehaltskosten übernommen werden.

10. Um eine Behandlung opportunistischer Infektionen zu gewährleisten, muß die Ausstattung der Krankenhäuser und primären Gesundheitsdienste mit Medikamenten erheblich verbessert werden.

11. Die hohe Zahl der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen erfordert eine wesentlich bessere Ausstattung der Krankenhäuser und Primärgesundheitsdienste mit Hilfsmitteln, z. B. Handschuhe, sterilisierbaren Spritzbestecken, Sterilisatoren etc.

12. Neben Investitionskosten müssen Geber sich zunächst an den laufenden Kosten für den Betrieb von Gesundheitsdiensten beteiligen, da die besonders von AIDS betroffenen Länder bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen derzeit nicht einmal in der Lage sind, die bestehenden Dienste einigermaßen aufrechtzuerhalten.

13. Die Förderung von Selbsthilfegruppen und anderen Nichtregierungsorganisationen zur Betreuung von AIDS-Kranken in der Familie (Home-based-care) ist angesichts der prognostizierten Fallzahlen vordringlich.

14. Die Abstimmung der verschiedenen Gebermaßnahmen ist im Rahmen des Global Programme on AIDS zu verbessern. Dabei muß die Koordinierung vor allem in den Ländern selbst liegen. Die Zusammenarbeit in den nationalen Programmen ist von entscheidender Bedeutung und ist dementsprechend zu unterstützen.

15. Kirchliche und nicht kirchliche Organisationen sollten über Zeitstellen weiterhin gefördert werden, um die breite Präsenz von motivierten, relativ krisenstabilen einheimischen und externen Mitarbeitern zu nutzen.

16. Ausländische Stipendiaten sollten entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht mehr auf HIV-Antikörper untersucht werden, da diese Untersuchung keine epidemiologische Bedeutung hat und ungeeignet ist, die Erfolgsaussichten eines Stipendiaten zu prognostizieren.

17. Tropeninstitute und entsprechende Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland sind durch eine gezielte Förderung in den Stand zu versetzen, an internationalen Forschungsvorhaben, die die Dritte Welt betreffen, teilzunehmen. Problembereiche wie eine verbesserte klinische Diagnostik und Behandlung von AIDS bei Erwachsenen und Kindern in den Entwicklungsländern sollten dabei Vorrang haben.

18. Aufgrund des erheblichen Mangels an eingearbeitetem Fachpersonal in unterentwickelten Ländern ist eine großzügige Vergabe von Stipendien an einheimische Ärzte und anderes Fachpersonal zu organisieren, die ihrerseits nach ein bis zwei Jahren Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland qualifiziert sind, eine sachgerechte Betreuung und Versorgung von AIDS-Kranken oder professionelle Aufklärungsarbeit in ihren Heimatländern durchzuführen.

    Auch der Einsatz von hiesigen Ärzten und medizinischem Hilfspersonal ist durch Zusatzausbildung im tropenmedizinischen und soziokulturellen Bereich für den Einsatz in unterentwickelten Ländern vorzubereiten.

19. Im politischen Dialog mit Ländern der Dritten Welt ist darauf hinzuwirken, daß dort, wo private Träger von Schulen HIV-präventive Sexualerziehungsprogramme nicht zulassen, diese außerhalb der Schulen durchgeführt werden.

20. In bilateralen Kontakten ist die Situation HIV-Positiver und AIDS-Kranker oder der jeweiligen Hauptbetroffengruppen (z. B. Homosexuelle, Prostituierte) anzusprechen und gegebenenfalls auf die Respektierung der Menschenrechte dieser Gruppen hinzuwirken.

ABSCHNITT B

Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit

1. Entstehung und Aufgabenstellung der Kommission

Die Immunschwäche AIDS hat sich in den letzten Jahren zu einer Krankheit entwickelt, die das Leben vieler Menschen bedroht und gegen die bisher keine wirksamen oder erfolgversprechenden medizinischen Gegenmittel entwickelt werden konnten.

Die Bedeutung dieser Krankheit hatte bereits in der 10. Wahlperiode im parlamentarischen Bereich zu mehreren Initiativen Anlaß gegeben und im Frühjahr 1987, kurz nach der Konstituierung des 11. Deutschen Bundestages, zu drei Anträgen der Fraktionen geführt, eine Enquete-Kommission AIDS einzusetzen.

Am 31. März 1987 stellte die Fraktion der SPD beim Deutschen Bundestag den Antrag, eine Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" zur Vorbereitung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen des Deutschen Bundestages einzusetzen[1]). Diese Kommission sollte die Aufgabe haben, durch Verbesserung des Wissens- und Informationsstandes des Deutschen Bundestages über die Immunschwäche AIDS, ihre Gefahren und Bekämpfungsmöglichkeiten, seine politischen Beratungen und Entscheidungen vorzubereiten. Dabei sollten insbesondere die von AIDS ausgehenden Gefahren analysiert, die Folgen für die Gesellschafts- und Gesundheitspolitik bewertet und Vorschläge unterbreitet werden, wie diesen Gefahren begegnet oder sie abgewendet werden können.

Am selben Tage beantragten die Fraktion der CDU/CSU und die Fraktion der FDP gemeinsam die Einsetzung einer Enquete-Kommission „AIDS"[2]). Diese Kommission sollte ebenfalls Vorschläge erarbeiten, wie die medizinische Versorgung und sonstigen Hilfen für die Erkrankten und Infizierten verbessert und — über den Antrag der SPD hinausgehend — die Weiterverbreitung der Krankheit auch durch Prüfung administrativer und seuchenrechtlicher Maßnahmen verhindert werden können.

Einen Tag später, am 1. April 1987, beantragte die Fraktion DIE GRÜNEN die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Möglichkeiten der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, mit AIDS zu leben"[3]). In dieser Kommission sollten vorrangig Persönlichkeiten vertreten sein, die mit der AIDS-Problematik besonders berührt und vertraut sind. Aufgabe der Kommission sollte es sein, zusammen mit dem Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit dem Deutschen Bundestag eine Vorlage für eine erste große Debatte zum Thema AIDS im Herbst zuzuleiten.

Der Deutsche Bundestag hat die drei Anträge in seiner 8. Sitzung am 2. April 1987 an den Ausschuß für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit überwiesen und in seiner 11. Sitzung am 8. Mai 1987 die Einsetzung einer Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beschlossen.

Grundlage für diesen Beschluß war die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit vom 6. März 1987[4]). Diese beruhte auf einem neuen, von den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP auf der Basis der ursprünglich von ihnen eingebrachten Anträge gemeinsam erarbeiteten Entschließungsantrag. Damit sollte deutlich gemacht werden, daß die besondere Herausforderung durch die Krankheit AIDS ein gemeinsames Handeln möglichst aller politisch Verantwortlichen gebiete.

Die Fraktion DIE GRÜNEN konnte sich nicht dazu verstehen, dem gemeinsamen Antrag der übrigen Fraktionen zuzustimmen, sondern bestand auf ihrem Antrag. Dieser setze für die Arbeit der Kommission grundsätzlich andere Akzente, indem von der Kommission erwartet werde, daß sie dem Parlament zunächst nur Grundlage für dessen eigene Meinungsbildung vermittle. Nach dem Antrag der übrigen Fraktionen würden demgegenüber offenbar schon fertige Kommissionsvorschläge gewünscht, über die das Parlament im wesentlichen nur noch abzustimmen brauche. Der von ihr gestellte Antrag sei außerdem viel differenzierter, indem er wichtige Aspekte, wie den Datenschutz und den Schutz der Grundrechte, hervorhebe und ausdrücklich die Probleme bestimmter,

[1]) BT-Drucksache 11/117
[2]) BT-Drucksache 11/120
[3]) BT-Drucksache 11/122
[4]) BT-Drucksache 11/244 (neu)

durch die Krankheit und ihre Folgen besonders berührter Gruppen, anspreche.

Im Deutschen Bundestag wurde der Auftrag und die Zusammensetzung der Kommission gemäß der Beschlußempfehlung des Ausschusses für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit wie folgt beschlossen:

„Zur Vorbereitung gesellschafts- und gesundheitspolitischer Entscheidungen des Deutschen Bundestages wird eine Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" gemäß § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages eingesetzt. Die Kommission setzt sich aus neun Abgeordneten des Deutschen Bundestages zusammen. Das Benennungsrecht der Fraktionen richtet sich nach dem Verhältnis 4:3:1:1. Weitere Mitglieder der Kommission sind acht nicht dem Deutschen Bundestag, der Bundes- oder einer Landesregierung angehörende Sachverständige. Die Sachverständigen sollen aus dem Bereich der medizinischen und der Gesellschaftswissenschaften, der Rechts-, Sexual-, Kommunikationswissenschaften und aus dem Bereich der Selbsthilfe kommen. Die Kommission hat über das Ergebnis ihrer Arbeiten bis spätestens Herbst 1987 einen ersten Bericht vorzulegen.

Die von der Immunschwächekrankheit ausgehende Bedrohung erfordert den konzentrierten Einsatz und die Zusammenarbeit aller Kräfte auf nationaler und internationaler Ebene. Alle Anstrengungen müssen darauf gerichtet werden, die Forschung zur Entwicklung eines Gegenmittels und eines Serums zu forcieren, die medizinische Versorgung und sonstigen Hilfen für die Erkrankten und Infizierten zu verbessern und die Weiterverbreitung der Krankheit wirksam zu verhindern. Dabei ist klarzustellen, daß es sich um ein komplexes Problem mit weitreichenden gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen handelt, das entsprechend komplexe Maßnahmen erforderlich macht. Der Deutsche Bundestag ist sich darüber im klaren, daß die Kommission keine abschließenden Vorschläge erarbeiten kann, solange kein wirksames Gegenmittel gegen die Krankheit gefunden ist.

Die Kommission hat die Aufgabe, durch Verbesserung des Informations- und Wissensstandes des Deutschen Bundestages über die Immunschwächekrankheit AIDS, ihre Gefahren und Bekämpfungsmöglichkeiten seine politischen Beratungen und Entscheidungen vorzubereiten und wissenschaftlich abgesichert zu fundieren. In diesem Rahmen hat sie insbesondere

— die von AIDS ausgehenden Gefahren zu analysieren und ihre Folgen für die Gesellschafts- und Gesundheitspolitik zu bewerten;

— Vorschläge zu unterbreiten, wie diesen Gefahren entgegengewirkt werden kann oder sie abgewendet werden können. Dabei sind auch die rechtlichen, verfassungspolitischen und verwaltungsmäßigen Aspekte einzubeziehen und zu bewerten;

— Vorschläge zu unterbreiten, wie durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit der in Bund, Ländern, Gemeinden sowie der Krankenversicherung Verantwortung Tragenden und den in Selbsthilfeeinrichtungen Tätigen der weiteren Ausbreitung von AIDS wirksamer entgegengewirkt werden kann;

— wie die Betreuung und Hilfe für die Infizierten und Kranken und deren Schutz vor Diskriminierung und Ausgrenzung am wirkungsvollsten erreicht werden können.

  Dabei sollen die gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Auswirkungen dargestellt werden;

— die Kommission soll ferner untersuchen, ob und wie die Forschung zu AIDS und die Umsetzungsmöglichkeiten von Forschungsergebnissen ausgebaut werden können und welche Schritte aus der Sicht des Deutschen Bundestages geeignet erscheinen, die internationale Zusammenarbeit enger und wirksamer zu gestalten;

— zu prüfen, auf welche Weise die notwendige fächer- und ressortübergreifende Zusammenarbeit im Wissenschafts- und Politikbereich verbessert werden muß, um einen möglichst breiten gesellschaftlichen Konsens bei der Bekämpfung von AIDS zu erreichen."

Dem am 3. Februar 1988 gestellten gemeinsamen Antrag der Fraktionen der CDU/CSU, SPD, FDP und der Fraktion DIE GRÜNEN, die Frist für die Vorlage eines ersten Berichts bis Frühjahr 1988 zu verlängern, wurde mit Beschluß des Deutschen Bundestag vom 5. Februar 1988[5]) entsprochen. Dieser, als *Zwischenbericht* bezeichnet, wurde dem Deutschen Bundestag am 16. Juni 1988 vorgelegt[6]).

2. Zusammensetzung der Kommission

Von den Fraktionen wurden folgende Mitglieder des Deutschen Bundestages für die Enquete-Kommission benannt:

CDU/CSU-Fraktion:

Dr. Karl *Becker* (Frankfurt)
Dr. Joseph-Theodor *Blank*
Norbert *Geis*
Dr. Hans-Peter *Voigt* (Northeim), Vorsitzender

SPD-Fraktion:

Frau Margit *Conrad*
Achim *Großmann*, stellvertretender Vorsitzender
Frau Renate *Schmidt* (Nürnberg) (ausgeschieden zum 31. 8. 1989)
Prof. Dr. Eckhart *Pick* (ab 1. 9. 1989)

5) BT-Drucksache 11/1754
6) BT-Drucksache 11/2495

FDP-Fraktion:

Norbert *Eimer* (Fürth)

Fraktion DIE GRÜNEN:

Frau Heike *Wilms-Kegel* (ausgeschieden zum 9. 2. 1989)
Frau Marie-Luise *Schmidt* (Hamburg) (ab 10. 2. 1989)

Auf Vorschlag der Fraktionen berief der Präsident des Deutschen Bundestages als sachverständige Kommissionsmitglieder:

Diplom-Psychologin Sophinette *Becker*
Abteilung für Sexualwissenschaft
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

Manfred *Bruns*
Bundesanwalt beim Bundesgerichtshof, Karlsruhe

Prof. Dr. Hans-Ullrich *Gallwas*
Vorstand des Instituts für Politik und Öffentliches Recht
Ludwig-Maximilians-Universität München

Dieter *Riehl*
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Hannover

Privatdozent Dr. Rolf *Rosenbrock*
Wissenschaftszentrum Berlin

Prof. Dr. Wolfgang *Spann*
Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Wolfgang *Stille*
Zentrum der Inneren Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. Nepomuk *Zöllner*
Vorstand der Medizinischen Poliklinik
Ludwig-Maximilians-Universität München

Kommissionssekretariat

Die Verwaltung des Deutschen Bundestages stellte der Kommission ein Sekretariat zur Verfügung, das organisatorische und wissenschaftliche Aufgaben zu erfüllen hat.

Leitung des Sekretariats:

MinRat Dr. Dr. Peter *Lichtenberg*

Wissenschaftliche Aufgaben:

Barbara *Düser* (ab Dezember 1988)
Johannes Freiherr *von Gayl* (Oktober 1987 bis August 1988)
Dr. med. Siegfried *Mann*
Dirk *Müller* (ab Oktober 1989)
Thilo *Schobes* (Januar 1988 bis Dezember 1989)
Prosper *Schücking* (ab Oktober 1988).

Organisatorische Aufgaben:

Regierungsamtmann Matthias *Heidelberg* (ab 1. April 1989)
Amtsrat Michael *Malm* (bis 31. März 1989)

Sekretariatsaufgaben:

Sabine *Giebler* (ab November 1989)
Heike *Malburg* (ab Dezember 1989)
Ulrike *Nonn* (bis 11. Oktober 1989)
Iris *Stahl* (bis 27. November 1989)
Astrid *Weiß* (bis 10. Dezember 1987)

3. Arbeitsweise der Kommission

Auf der Grundlage des vom Deutschen Bundestag erteilten Auftrags hat die Kommission zu Beginn ihrer Tätigkeit ein umfassendes Arbeitsprogramm erstellt und im Laufe der Zeit fortgeschrieben. Dieses Programm hat seinen Niederschlag in den dem Zwischen- und Endbericht vorangestellten Inhaltsverzeichnissen gefunden. Nach dieser Vorgabe hat die Kommission zu jedem einzelnen genannten Kapitel

- eine Bestandsaufnahme vorgenommen, die ihr den notwendigen Wissensstand vermittelte — *Bestandsaufnahme* —,
- um auf dieser Basis Feststellungen über Wissensdefizite und Handlungsbedarf treffen sowie entsprechende Bewertungen vornehmen zu können — *Auswertungen* —, und
- um hieraus die gebotenen Schlußfolgerungen zu ziehen — *Empfehlungen* —.

4. Beratungsverlauf

Die Kommission hielt in der Zeit vom 16. Juni 1987 bis 28. März 1990 achtundsiebzig in der Regel ganztägige Sitzungen ab.

In der Erkenntnis, daß die von der Kommission erwarteten Ergebnisse und Empfehlungen eine umfangreiche Bestandsaufnahme bedingen, fanden im Verlauf der Sitzungen Anhörungen mit Sachverständigen u. a. aus der Bundesrepublik Deutschland, Dänemark, Frankreich, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden, der Schweiz und den Vereinigten Staaten von Amerika zu den Kapiteln „Medizinisches Krankheitsbild von AIDS", „Epidemiologie 1987", „Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS", „Primärprävention", „AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen — Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.) —", „Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen", „Makrophagen", „Betreuung

und Versorgung der Erkrankten — medizinische Betreuung und Versorgung sowie soziale und psychische Betreuung, Versorgung und Hilfen", „Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten — medizinische Beratung und Versorgung sowie soziale, psychische Betreuung und Hilfen —", „AIDS bei Kindern", „AIDS und Frauen", „Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben", „Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft", „Arzt- und Krankenhausrecht", „Strafrecht und Strafprozeßrecht", „Bereichsspezifische Prävention — psychisch Kranke und Behinderte; Ausländer; Bundeswehr und Zivildienst", „AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt", „AIDS und Ethik", „Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen", „Bereichsspezifische Prävention — AIDS in Justizvollzugsanstalten", „Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben und Projekte der Bundesregierung" und „AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung" statt.

Außerdem ließ sich die Kommission eine Studie „Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS" von Frau Dr. Gisela Bleibtreu-Ehrenberg M. A., Bonn, erstellen sowie eine weitere „Gesamtproblematik AIDS aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht" von Prof. Dr. Rüdiger Hehlmann, Medizinische Klinik Mannheim, Universität Heidelberg, unter Mitarbeit von Prof. Dr. Volker Erfle, Abteilung Molekulare Zellpathologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, Neuherberg, Prof. Dr. Frank-Detlef Goebel, Medizinische Poliklinik der Universität München, Prof. Dr. Lutz Gürtler, Max von Pettenkofer Institut der Universität München, Privatdozent Dr. Michael Meurer, Dermatologische Klinik der Universität München, Prof. Dr. Gert Riethmüller, Institut für Immunologie der Universität München und Frau Dr. Carla Rosendahl, Kinderpoliklinik der Universität München, Prof. Dr. Hans Wolf, Max von Pettenkofer Institut der Universität München.

Weiterhin wurden Studien erarbeitet zum Themenbereich „AIDS bei Kindern" und „AIDS und Frauen" von Frau Dr. med. Angela Heck, Bonn, eine Studie zum Themenbereich „Ausländerbehördliche Maßnahmen gegen die inländische Verbreitung von AIDS" von Prof. Dr. jur. Helmuth Rittstieg, Hamburg, eine Studie zum Themenbereich „AIDS-Prävention für die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer" von Frau Dr. med. Zahide Özkan, Frankfurt, eine Studie zum Themenbereich „AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt" von Privatdozent Dr. Rolf Korte und Dr. med. Thomas Rehle, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit Eschborn. Frau Dr. Gisela Bleibtreu-Ehrenberg, Bonn, erhielt den Auftrag, die Anhörung „AIDS und Ethik" aufzubereiten. Prof. Dr. Siegfried R. Dunde wurde mit der abschließenden Bearbeitung der Kapitel „Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten" und „Prävention und Tourismus" beauftragt. Frau Dr. Elisabeth Nolde, Weilrod, erarbeitete das Kapitel AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland.

Mitglieder der Kommission besuchten mehrere wissenschaftliche Tagungen und Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland und im Ausland, um Informationen für die Kommissionsarbeit zu sammeln.

In der Zeit vom 22. Juni bis 1. Juli 1989 unternahm eine Delegation der Kommission eine Informationsreise nach Ruanda und Uganda.

Anhörungen

Die Kommission führte öffentliche Anhörungen von externen Sachverständigen zu folgenden Themen durch:

„Epidemiologie 1987"
am 17. September 1987

Prof. Dr. Friedrich *Deinhardt*
Max von Pettenkofer-Institut der Universität München

Prof. Dr. Klaus *Dietz*
Direktor des Instituts für Medizinische Biometrie Universität Tübingen

Prof. Dr. Karl-Otto *Habermehl*
Institut für Klinische und Experimentelle Virologie Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Meinrad *Koch*
Leiter des AIDS-Zentrums des Bundesgesundheitsamtes, Berlin

Dr. Michael G. *Koch*
Värdcentralen, S-Karlsborg

Prof. Dr. Karl *Überla*
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München

„Medizinisches Krankheitsbild von AIDS"
am 18. September 1987

Prof. Dr. Frank-Detlef *Goebel*
Medizinische Fakultät — Innere Medizin — Universität München

Prof. Dr. Hans *Pohle*
II. Medizinische Klinik
Freie Universität Berlin

„Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS"
am 29. September 1987

Prälat Paul *Bocklet*
Heiner *Lendermann*
Kommissariat der Deutschen Bischöfe, Katholisches Büro Bonn

Dipl.-Psychologe Dr. Ulrich *Clement*
Psychosomatische Klinik, Universität Heidelberg

Dr. Jan *Leidel*
Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln

Dr. Klaus *Pacharzina*
Dipl.-Psychologe Thomas *Großmann*
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard *Richter*
Direktor des Medizinischen Zentrums für Psychosomatische Medizin, Universität Gießen

Oberkirchenrat Tilmann *Winkler*
Kirchenamt der EKD Hannover

„Primärprävention"
am 15. und 16. Oktober 1987

Prof. Dr. Margarethe *Böttiger*
Direktorin des Nationalen Bakteriologischen Institus Karolinska-Krankenhaus, Stockholm

Dr. Ute *Canaris*
Fachhochschule Köln (Sozialmedizin)

Dr. Matthias *Franck*
Journalist, Düsseldorf

Stadtdirektor Dr. Norbert *Kathke*
Leiter des Gesundheitsamtes München

Stefanie *Klee*
HYDRA Berlin

Dr. Margot *Kreuzer*
Zentrum der Inneren Medizin, Universität Frankfurt

Hans *Moerkerk*
Sekretär der National Task Force on AIDS, Amsterdam

Dr. Elisabeth *Pott*
Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Bertino *Somaini*
Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheitswesen, Bern

Prof. Dr. Adolf *Windorfer*
AIDS-Beauftragter des Landes Niedersachsen, Hannover

„AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen — Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.)
am 2. November 1987

Prof. Dr. Friedrich *Bschor*
Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität Berlin

Prof. Dr. Hanns *Hippius*
Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Dr. Walter *Kindermann*
Drogen und Jugendberatungsstelle, Frankfurt

Wolfgang *Penkert*
Drogenbeauftragter beim Senator für Jugend und Familie, Berlin

Dr. Johannes *Raida*
Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Darmstadt

Inge *Schlusemann*
Deutscher Hilfsverein, Amsterdam

Prof. Dr. Ambros *Uchtenhagen*
Direktor Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

„Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen"
am 16. November 1987

Dipl.-Psychologe Hans-Georg *Floß*
AIDS-Hilfe Hamburg e.V.

Dr. Klaus *Görgens*
Medizinische Poliklinik der Universität Hannover

Dr. Ulrich *Marcus*
AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes Berlin

Privatdozent Dr. Michael *Meurer*
Dermatologische Klinik der Universität München

Dr. Monika *Pankoke-Schenk*
Sozialdienst Katholischer Frauen, Dortmund

Rainer *Schumacher*
Diözesan-Caritasverband Köln

Dr. med. Schlomo *Staszewski*
Zentrum der Inneren Medizin, Universität Frankfurt

„Makrophagen"
am 15. Dezember 1987

Privatdozent Dr. Reinhard *Andreesen*
Medizinische Universitätsklinik, Freiburg

Prof. Dr. Lasse *Braathen*
Riks Hospitalet, Universitäts-Klinik, Oslo

Dr. Walter *Dowdle*
Deputy Director, Centers for Disease Control, Atlanta (Georgia)

Prof. Dr. Max *Eder*
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität München

Prof. Dr. Helga *Rübsamen-Waigmann*
Direktorin des Chemotherapeutischen Forschungsinstituts Georg-Speyer-Haus, Frankfurt

Prof. Dr. Klaus *Wolff*
Direktor der 1. Universitäts-Hautklinik, Wien

„Betreuung und Versorgung der Erkrankten — Medizinische Betreuung und Versorgung sowie soziale und psychische Betreuung, Versorgung und Hilfen —"
am 13. und 14. Oktober 1988

Dr. med. Eugen *Baranowski,* Berlin

Uta *Bednarz*
Zentrum der Inneren Medizin, Universität Frankfurt

Hedwig *Bönsch*
Caritas-Verband Berlin

Dr. med. Burkhard *Bratzke*
Universitätsklinikum Steglitz, Berlin

Dipl.-Theol. Jürgen *Bußmann*
Universitätsklinik Mainz

Christine *Christmann*
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V.

Dipl.-Psychologe Hans-J. *Haehnsen*
Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin

Dr. med. Hans Dieter *Heil,* Berlin

Dr. med. Hans *Jäger*
Städtisches Krankenhaus München-Schwabing

Prof. Dr. med. Manfred *L'age*
Auguste-Victoria Krankenhaus, Berlin

Rosemarie *Linack* (Krankenschwester)
Auguste-Victoria Krankenhaus, Berlin

Siegfried *Meuthen*
Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Oberbayern

Dr. med. Heinrich *Rasokat*
Universitäts-Hautklinik Köln

Prof. Dr. med. Friedrich *Vogel*
Medizinische Klinik der Universität Bonn

Christa *Walter* (Krankenschwester)
Zentrum der Inneren Medizin, Frankfurt

Marlies *Wanjura*
Senator für Gesundheit und Soziales, Abt. Versorgung, Berlin

„Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten — Medizinische Betreuung und Versorgung sowie soziale, psychische Betreuung und Hilfen — "
am 18. und 19. Oktober 1988

Dr. med. Heinz Harald *Abholz,* Berlin

Dr. Ulrich *Clement*
Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg

Prof. Dr. med. Michael *Ermann*
Psychosomatische Klinik der Universität München

Dr. med. Dorothee *Fischer*
Leiterin des Gesundheitsamtes Stuttgart

Antje *Geyer*
Gesundheitsbehörde Hamburg 50

Herbert *Gschwind,* Arzt
Zentrum der psychosozialen Grundlagen der Medizin Abt. Sexualwissenschaft Universitätsklinik Frankfurt

Roland *Harders*
AIDS-Hilfe Trier e.V.

Dr. med. Wolfgang *Heckmann*
AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes Berlin

Dr. Ulrich *Heide*
Geschäftsführer Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben", Köln

Pfarrer Karl-Heinz *Horst*
Zentrum der Inneren Medizin, Universität Frankfurt

Dr. Walter *Kindermann*
Drogen- und Jugendberatungsstelle, Frankfurt

Dr. med. Heribert *Knechten,* Aachen

Prof. Dr. med. Michael M. *Kochen*
Universität Göttingen

Dr. med. Margot *Kreuzer*
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Ulrich *Meurer*
Berliner AIDS-Hilfe e.V.

Ministerialrat Franz *Mödl*
Bayerische AIDS-Stiftung e.V., München

Kristine *Reis*
Nationale AIDS-Stiftung, Bonn

Prof. Dr. Helga *Rübsamen-Waigmann*
Direktorin des Chemotherapeutischen Forschungsinstituts Georg-Speyer-Haus, Frankfurt

Dipl.-Volkswirt Hans *Schnocks*
stellvertretender Leiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

„AIDS bei Kindern"
am 14. November 1988

Prof. Dr. med. Bernd *Belohradsky*
Dr. von Hauner'sches Kinderspital der Universität München

Privatdozent Dr. med. Ilse *Grosch-Wörner*
Universitätskinderklinik Berlin

Hedi *Grupe*
Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V., Düsseldorf

Irene *Huber*
1. Vorsitzende des Bundesverbandes behinderter Pflegekinder e.V., St. Wolfgang

Lis *Spans*
Vorsitzende der Kinder-AIDS-Hilfe, Düsseldorf

Dipl.-Pädagoge Karl-Heinz *Struzyna*
Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V., Berlin

Dipl.-Psychologin Dorothea *Thünken*
Universitätskinderklinik Düsseldorf

Prof. Dr. med. Volker *Wahn*
Universitätskinderklinik Düsseldorf

„AIDS und Frauen"
am 14. November 1988

Prof. Dr. med. Ludwin *Beck*
Universitätsfrauenklinik Düsseldorf

Manuela *Eck*
Universitätsfrauenklinik Berlin Steglitz

Prof. Dr. med. Eilke Brigitte *Helm*
Zentrum der Inneren Medizin, Universität Frankfurt

Zita *Küng*, lic.iur.
AIDS-Hilfe Schweiz, Koordinierungsstab Frauen und AIDS, Zürich

Dipl.-Soziologin Beate *Leopold*
Sozialpädagogisches Institut, Berlin

Dr. Monika *Pankoke-Schenk*
Sozialdienst Katholischer Frauen, Dortmund

Prof. Dr. med. Eiko *Petersen*
Medizinische Fakultät, Universität Freiburg

Dipl.-Soziologin Michaela *Riepe*
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin

Dr. med. Axel *Schäfer*
Universitätsfrauenklinik Berlin

Melitta *Walter*, Freiburg

„AIDS und Recht"
Teilbereich: „Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben"
am 13. Dezember 1988

Prof. Dr. Dr. Günter *Frankenberg*
Fachhochschule Frankfurt/Main

Prof. Dr. Karl-Heinz *Friauf*
Universität Köln

Prof. Dr. Eike *von Hippel*
Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Privatrecht, Hamburg

Prof. Dr. Arthur *Kreuzer*
Universität Gießen

Prof. Dr. Wolf-Rüdiger *Schenke*
Universität Mannheim

Prof. Dr. Otfried *Seewald*
Universität Passau

Prof. Dr. Spiros *Simitis*
Datenschutzbeauftragter des Landes Hessen

„AIDS und Recht"
Teilbereich: „Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft"
am 10. Januar 1989

Prof. Dr. Christian *von Ferber*
Universität Düsseldorf

Dr. Wilfried *Karmaus*
Universität Hamburg

Dr. Edit *von Loeffelholz*
Stadtdirektorin Gesundheitsamt München

Dr. Friedemann *Pfäfflin*
Universität Hamburg

Frank *Rühmann*
Institut für Sozialforschung, Hamburg

Dr. Norbert *Schmacke*
Hauptgesundheitsamt Bremen

Prof. Dr. Bernd *Schünemann*
Universität Freiburg

Rechtsanwalt Siegfried *de Witt*, Freiburg

„AIDS und Recht"
Teilbereich: „Strafrecht und Strafprozeßrecht"
am 11. Januar 1989

Prof. Dr. Winfried *Hassemer*
Universität Frankfurt/Main

Prof. Dr. Arthur *Kreuzer*
Universität Gießen

Prof. Dr. Klaus *Lüderssen*
Universität Frankfurt/Main

Dr. Friedemann *Pfäfflin*
Universität Hamburg

Frank *Rühmann*
Institut für Sozialforschung, Hamburg

Prof. Dr. Bernd *Schünemann*
Universität Freiburg

„AIDS und Recht"
Teilbereich: „Arzt- und Krankenhausrecht"
am 31. Januar 1989

Prof. Dr. Klaus-Dietrich *Bock*,
Kreuth, ehemals Universitätsklinik Essen

Maximilian *Broglie*
Berufsverband Deutscher Internisten, Wiesbaden

Prof. Dr. Lutz *Gürtler*
Universität München

Prof. Dr. Adolf *Laufs*
Universität Heidelberg

Prof. Dr. Klaus *Lüderssen*
Universität Frankfurt/Main

Dr. Cornelius *Prittwitz*
Universität Frankfurt

Prof. Dr. Gerhard *Schlund*
Technische Universität München

Prof. Dr. Spiros *Simitis*
Datenschutzbeauftragter des Landes Hessen

Prof. Dr. Walther *Weissauer*
Deutsche Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg

„Bereichsdspezifische Prävention"
Teilbereich: „Psychisch Kranke und geistig Behinderte"
am 1. März 1989

Dr. Theo *Frühauf*
Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.
Bundeszentrale, Marburg

Dr. Wolfgang *Pittrisch*
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Vertreter der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser", Münster

Teilbereich: „Ausländer"

Dr. Wolfgang *Heckmann*
AIDS-Zentrum des BGA, Berlin

Dipl.-Soziologe Donald *Vaughn*
Interessengemeinschaft der mit Ausländern verheirateten Frauen e. V., Frankfurt

Teilbereich: „Bundeswehr und Zivildienst"

Oberstarzt Dr. Bernhard *Häfner*
Bundesministerium der Verteidigung

Dr. Sigrun *Hamelbeck*
Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

MinRat Hans-Joachim *Maahs*
beim Wehrbeauftragten des deutschen Bundestages

Oberfeldarzt Dr. Christoph *Veit*
Bundesministerium der Verteidigung

„AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt"
am 20. April 1989

Privatdozent Dr. Klaus *Fleischer*
Universität Würzburg

VLR I Christiane *Geißler-Kuß*
Auswärtiges Amt

MinRat Dr. Klaus *Gördel*
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit

Dr. Henning *Großmann*
Deutsche Stiftung für internationale Entwicklung, Berlin

Privatdozent Dr. med. Rolf *Korte*
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Eschborn

MinRat Herbert *Kreis*
Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit

Dr. Ulrich *Laukamm-Josten*
Tropeninstitut der Universität Berlin

Dr. Thomas *Rehle*
Leiter des Fachbereichs AIDS-Kontrolle, Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GmbH, Eschborn

Dr. med. Franz-Josef Falkner *von Sonnenburg*
Tropeninstitut der Universität München

Dr. Ulrich *Vogel*
World Health Organisation, Genf

Dr. Rudolf *Wabitsch*
World Health Organisation, Genf

RegDir Achim *Zickler*
Bundesministerium für Forschung und Technologie

„AIDS und Ethik"
am 27. April 1989

Prof. Dr. Christopher *Frey*
Universität Bochum

Prof. Dr. Johannes *Gründel*
Universität München

Prof. Dr. Wolfgang *Haug*
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Hermann *Lübbe*
Universität Zürich

Prof. Dr. Thure *von Uexküll*, Freiburg

„Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen"
und eines
„Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen"
am 15. Juni 1989

Friedrich *Baumhauer*
Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

Alexander *Eberth*, Rechtsanwalt
Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V., München

Dipl.-Psychologe Gerhard *Eckstein*
Con-Drobs e.V., München

Klaus *Forster*
Vizepräsident des Landgerichts Ingolstadt

Prof. Dr. Karl-Heinz *Gössel*
Universität Erlangen/Nürnberg

Dr. Harald *Körner*
Oberstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Frankfurt

Prof. Dr. Arthur *Kreuzer*
Universität Gießen

Dr. Jan *Leidel*
Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln

Prof. Dr. Bernd *Schünemann*
Universität Freiburg

Karl-Heinz *Stiebritz*
Geschäftsführer der Niedersächsischen AIDS-Hilfe Landesverband e.V.

Dr. Heinz *Stöckel*
Leitender Oberstaatsanwalt beim Landgericht Nürnberg/Fürth

Prof. Dr. Herbert *Tröndle*
Universität Freiburg

„Bereichsspezifische Prävention"
Teilbereich: „AIDS in Justizvollzugsanstalten"
am 16. Juni 1989

Prof. Dr. Lorenz *Böllinger*
Universität Bremen

Elke *Daniel*, Lübeck

Michael *Gähner*
Redakteur der Gefangenenzeitung „Lichtblick"
Berlin

Erhard *Hoffmann*
Staatsanwalt beim Landgericht Bremen

Dipl.-Sozialpädagogin Gertrud *Koob*
Ingolstadt

Prof. Dr. Arthur *Kreuzer*
Universität Gießen

Dr. med. Herbert *Langkamp*
Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt Nürnberg

Dipl.-Soziologe Dr. Ingo *Michels*
Abteilungsleiter Drogen und Strafvollzug
Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

RegDir Dipl.-Soziologe Günter *Romkopf*
Therapeutischer Leiter der Justizvollzugsanstalt Gelsenkirchen
Vizepräsident des Bundes Deutscher Psychologen
Vorsitzender des Bundesausschusses „AIDS" des BDP

Dr. med. Angelica *Sauer*
Justizvollzugsanstalt Frankfurt-Preungesheim

Ltd. RegDir Rudolf *Schmuck*
Justizvollzugsantalt München

Dipl.-Psychologe Bernd *von Seefranz*
Anstaltsleiter Haus 6 der Justizvollzugsanstalt Berlin-Tegel

Pfarrer Dieter *Wever*
Justizvollzugsanstalt Münster

„Bericht der Bundesregierung und Anhörung zu den Maßnahmen im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS"
am 19. September 1989

Staatssekretär Werner *Chory*
Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Dr. med. Dorothee *Fischer*
Leiterin des Gesundheitsamtes Stuttgart

Agnes *Gardemann*
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

Parlamentarischer Staatssekretär Bernhard *Jagoda*
Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Dr. Ulrike *Peitsch*
Gesundheitsamt Dortmund
Sprecherkreis NRW Großmodell Gesundheitsämter

Klaus-Dieter *Plümer*
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

„AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung"
am 10. Oktober 1989

Teilbereich: „Forschungsförderung und Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene"

Staatssekretär Werner *Chory*
Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Dr. Margaret *Hamburg*
National Institutes of Health, Bethesda

Dr. Jan J. *Pindborg*
Chairman AIDS-Working Party, European Community

Dr. Heinz *Riesenhuber*
Bundesminister für Forschung und Technologie

Dr. med. Franz-Josef Falkner *von Sonnenburg*
World Health Organisation, Genf

Teilbereich: Grundlagenforschung
— Virologie, Immunologie, Molekularbiologie, Gentechnologie und Tiermodelle —

Prof. Dr. med. vet. Volker *Erfle*
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH (GSF), Institut für Biologie, Abt. für Pathologie, Neuherberg

Prof. Dr. med. Bernhard *Fleckenstein*
Universität Erlangen-Nürnberg

Dr. Margaret *Hamburg*
National Institutes of Health, Bethesda

Prof. Dr. med. Harald zur *Hausen*
Wissenschaftlicher Direktor des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg

Prof. Dr. med. Gerhard *Hunsmann*
Leiter Deutsches Primatenzentrum Göttingen

Prof. Dr. med. Reinhard *Kurth*
Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts, Frankfurt

Prof. Dr. med. Gerhard *Riethmüller*
Universität München

Prof. Dr. Helga *Rübsamen-Waigmann*
Direktorin des Chemotherapeutischen Forschungsinstituts Georg-Speyer-Haus, Frankfurt/Main

Prof. Dr. Herrmann *Wagner*
Technischen Hochschule München

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Hans *Wolf*
Max von Pettenkofer-Institut München

Teilbereich: Grundlagenforschung
— Psychologie, Soziologie, Sexualwissenschaften, Gesundheitsökonomie, Methoden der Durchführung und Evaluation —

Dr. Ulrich *Clement*
Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg

Prof. Dr. med. Wilhelm *van Eimeren*
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH (GSF) Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS), München

Dr. Wolfgang *Heckmann*
AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes, Berlin

Prof. Dr. Dr. Uwe *Koch*
Abt. für Rehabilitationspsychologie der Universität Freiburg

Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard *Richter*
Direktor Medizinisches Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen

Prof. Dr. phil. Johannes *Siegrist*
Universität Marburg
Leiter des Fachbereichs Medizinische Soziologie

Prof. Dr. med. Jürgen Freiherr *von Troschke*
Universität Freiburg

am 11. Oktober 1989

Teilbereich: Grundlagenforschung
— Epidemiologie: national — international —

Dr. Jean-Baptiste *Brunét*
Hopital Claude Bernhard, Paris

Prof. Dr. med. Gert *Frösner*
Max von Pettenkofer-Institut, München

Prof. Dr. Dr. Irene *Guggenmoos-Holzmann*
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik (GMDS)
Klinikum Steglitz, Berlin

Prof. Dr. med. Meinrad *Koch*
Leiter des Bundesgesundheitsamtes, Berlin

Prof. Dr. med. Bernhard *Kubanek*
Ärztlicher Direktor Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Ulm, Abteilung Transfusionsmedizin

Dr. med. Franz-Josef Falkner *von Sonnenburg*
Tropeninstitut der Universität München

Prof. Dr. Jürgen *Weyer*
Mathematisches Institut der Universität Köln

Teilbereich: Angewandte Forschung
— Diagnostik —

Prof. Dr. med. Karl-Otto *Habermehl*
Institut für klinische und experimentelle Virologie der Freien Universität Berlin

Prof. Dr. med. Reinhard *Kurth*
Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts, Frankfurt

Prof. Dr. Helga *Rübsamen-Waigmann*
Direktorin des Chemotherapeutischen Forschungsinstituts Georg-Speyer-Haus, Frankfurt

Teilbereich: Angewandte Forschung
— Therapie —

Dr. Margret *Hamburg*
National Institutes of Health, Bethesda

Prof. Dr. Piet *Herdewijn*
Rega Institute for Medical Research, Universität Leuven

Prof. Dr. Peter *Nickel*
Direktor des Pharmazeutischen Instituts der Universität Bonn

Prof. Dr. rer. nat. Fritz *Eckstein*
Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin, Abt. Chemie, Göttingen

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Hans *Wolf*
Max von Pettenkofer-Institut München

Teilbereich: Klinische Studien
— Verlaufsstudien, Therapiestudien —

Prof. Dr. med. Helmuth *Deicher*
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. med. Karl Max *Einhäupl*
Klinikum Großhadern, Neurologische Klinik, München

Prof. Dr. med. Frank-Detlev *Goebel*
Medizinische Poliklinik der Universität München

Prof. Dr. med. Eilke Brigitte *Helm*
Zentrum der Inneren Medizin der Universität Frankfurt

Prof. Dr. med. Manfred *L'age*
Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin

Dr. Maureen W. *Myers*
National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda

Prof. Dr. med. Volker *Wahn*
Universitätskinderklinik Düsseldorf

Teilbereich: Industrielle Forschung

Dr. Hans-Georg *Opitz*
Leiter Medizinische Forschung, Boehringer Mannheim GmbH

Prof. Dr. Horst-Dieter *Schlumberger*
Bayer AG, Leverkusen

Dr. Elmar *Schrinner*
Hoechst AG, Frankfurt

Dr. Ulrich *Hopf*
Deutsche Welcome GmbH, Burgwedel

ABSCHNITT C*)

Die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung Bestandsaufnahmen, Auswertungen, Empfehlungen**)

1. Kapitel: AIDS und Ethik

Einleitung

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 335

**) Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Gesamttextes sind in der Regel geschlechtsneutrale Personen- und Berufsbezeichnungen verwendet worden.

Einleitung

Frühere Naturkatastrophen oder grassierende Seuchen waren überwiegend schicksalsergeben hingenommen worden, wobei allgemein akzeptierte Verhaltensweisen und zumal religiöse Wertvorstellungen stabilisierend wirkten.

Ein solches Grundgefüge von allgemein akzeptierten Maßstäben und gesellschaftlich eingeübten Verhaltensweisen ist nicht mehr auszumachen. Wertpluralismus und Individualismus stehen in modernen Gesellschaften der Allgemeinverbindlichkeit sowohl der überkommenen als auch sich neu bildender Verhaltensmuster entgegen. Eine einmütige Bewertung menschlichen Verhaltens als gut oder böse, falsch oder richtig, nachahmenswert oder verwerflich, gelingt immer weniger.

Gleichwohl ist es wichtig, nach ethischer Orientierung zu suchen, sich um ethische Fixpunkte zu bemühen und die sich jeweils ergebenden ethischen Konsequenzen aufzuzeigen. Ethischer Diskurs kann zum gesellschaftlichen Konsens beitragen und damit erwünschtes Verhalten fördern und Fehlverhalten zurückdrängen. Überdies kann er bestehende staatliche Normen festigen, allerdings auch zur Reflexion und Kritik von Normen führen und damit Impulse zu ihrer Veränderung geben. Nicht von ungefähr wurde bei den Beratungen der Kommission immer wieder das Problemfeld „AIDS und Ethik" thematisiert.

Die Kommission hat aus diesem Grund eine besondere Anhörung von Experten durchgeführt. Die Sachverständigen waren gebeten worden, sich zu drei Aspekten zu äußern:

- Ethik und staatliches Handeln
- Ethik und ärztliches Handeln
- Ethik und individuelles Handeln.

Dabei ging es der Kommission auch um das Spannungsfeld zwischen der Freiheit des einzelnen einerseits und dem Gesundheitsschutz als Rechtsgut der Allgemeinheit andererseits.

Außerdem war angeregt worden, unter den drei Aspekten eine Reihe von Problemfeldern zu diskutieren, und zwar den ethisch gebotenen Umgang mit

- Krankheit,
- Kranken,
- Sexualität und
- gesellschaftlichen Randgruppen.

Bezogen auf diese vier Problemfelder sollte auch der Frage nachgegangen werden, wie sich unter Anlegung ethischer Maßstäbe der Umgang mit Menschen zu gestalten habe, die gesund und arbeitsfähig, aber sero-positiv sind. Desgleichen sollte die Verantwortung des Infizierten gegenüber seinen Mitmenschen, der Gesellschaft und dem Gemeinwesen erörtert werden.

Als Sachverständige wurden gehört:

Prof. Dr. Christofer *Frey,* Universität Bochum

Prof. Dr. Johannes *Gründel,* Universität München

Prof. Dr. Wolfgang *Haug,* Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Hermann *Lübbe,* Universität Zürich

Prof. Dr. Thure von *Uexküll,* Freiburg.

Im folgenden werden zunächst und zwar in alphabetischer Reihenfolge die Stellungnahmen der Sachverständigen im Wortlaut wiedergegeben.

Im Anschluß an die Referate der Sachverständigen bestand Gelegenheit zu einem Gespräch der Sachverständigen untereinander; dabei wurden kontroverse Positionen verdeutlicht, Standpunkte präzisiert sowie übereinstimmende Aussagen zum Thema AIDS und Ethik versucht. Der wesentliche Inhalt dieser Diskussion wird gleichfalls im Wortlaut wiedergegeben.

1.1 Frey: Thesen und Hinweise zum Themenbereich „AIDS und Ethik"

1. Der genaueren Verständigung können folgende Unterscheidungen dienen:

   „Ethik" ist die kritische und systematische Reflexion über die Sittlichkeit (und weitere Maßstäbe des menschlichen Verhaltens).

   „Sittlichkeit" bezeichnet die im Lebenszusammenhang gegebenen und bewußt anzunehmenden sittlichen Standards in ihrem Anspruch und ihrem Zusammenhang.

   „Moral" umfaßt die Standards des Verhaltens in der Lebenswelt, sofern sie sich mit „gut" (im Gegensatz zu „böse") oder ähnlichen Bewertungen verbinden. Moral stellt zwar höhere Ansprüche als Sitte, Brauch, Konvention usw., aber ist weiter und unbestimmter als „Ethos" und „Sittlichkeit", die sich auf bewußt angenommene Standards beziehen.

2. Damit ist eine der von Kommissionsmitgliedern gestellten Fragen bereits beantwortet: Ethik als Reflexion kann nicht moralisch machen, sondern nur die gelebte Moral bzw. ihre Alternativen prüfen. Die Kriterien der Prüfung werden eine Beziehung zu dem ebenfalls angesprochenen ethischen Minimum haben.

3. Die Fragestellungen der Kommission berühren sowohl Probleme der sogenannten Individual- als auch der Sozialethik. Beide sind aber nur Aspekte einer Ethik, denn

- die gelebte Moral des Individuums wird durch die Sozialisation (Sozial- und Personwerdung) aufgebaut und
- die Sozialethik betrifft eine Gesellschaft, die die Individuen schützt sowie deren Institutionen und Verfahren.

  Sie sollen menschengerecht sein.

Unter diesen verschiedenen Aspekten sprechen die von der Kommission aufgeworfenen Fragen drei Bereiche der Verantwortung an:

- das Individuum mit seinem Gewissen,
- die gesellschaftliche Öffentlichkeit mit ihren „Subkulturen", Gruppen, Schichten usw., sowie
- die staatlichen Institutionen und die sie Verantwortenden.

Der Ort der Herausbildung von Ethos oder Moral liegt vor allem im mittleren Feld, in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit mit ihren „Subkulturen", Gruppen, Schichten usw.

4. Die Frage des „ethischen (besser: sittlichen) Minimums" betrifft zunächst die (in Grenzen) pluralistische Gesellschaft, deren Moralen und die gemeinsame Voraussetzung des Funktionierens eines Pluralismus. Auch ein Pluralismus von Moralen muß unter einem leitenden und umfassenden Gesichtspunkt stehen. Die Anerkennung des anderen (gleich in Bedürftigkeit und Verletzlichkeit, anders in manchen Hinsichten, z. B. der konkreten Artikulierung der Bedürfnisse) ist offenkundig eine Minimalbasis. Umstritten ist, wieviel traditionelle Orientierung notwendig ist, um eine Art kollektiver Identität (als Gesellschaft, im Staat) zu erzeugen. Daß dabei geschichtliche Bedingungen mitspielen, beweisen die uns verschlossenen Wege, z. B. das theokratische Modell des Irans. Die bundesrepublikanische Gesellschaft hat bereits Erfahrungen mit Versuchen, das gemeinsame Minimum zu formulieren, gemacht; erinnert seien Urteile des Bundesverfassungsgerichts, die sich auf das „gesunde Volksempfinden", das „natürliche Sittengesetz" oder auch den *Konsens der Kirchen* berufen.

   Dabei liegt das Verständnis des Staates zwischen dem liberalistischen Minimalstaat („Nachtwächterstaat"; in der neueren Diskussion: Nozick) und dem sittlichen Staat (Tradition des 19. Jahrhunderts vor allem seit Hegel).

   Die in der Öffentlichkeit vertretenen Auffassungen verbinden meist Teilaspekte beider Seiten, z. B.:

   - Nichtintervention in die individuellen Lebensführungen. Intervention in ökonomisch und ökologisch bedenkliche Strukturen;
   - Nichtintervention in das Marktgeschehen. Anstoß zur Bildung von Grundwerten, die vor allem staatsbürgerliche Tugenden von Individuen ansprechen.

5. Es entspricht dem Grundsatz der Würde, aber auch protestantischer politischer Ethik („Gottebenbildlichkeit"), dem einzelnen zunächst Rechte zuzuerkennen, dann Pflichten aufzuerlegen. Grundrechte stellen jedoch nicht nur Abwehrrechte dar, sondern formulieren den Auftrag an den Staat, die Bedingungen zur Wahrnehmung der Grundrechte sozialstaatlich zu fördern. Diesem Grundsatz verbindet sich der Gedanke der Solidarität (z. B. AIDS-Erkrankte ohne Urteil über die Entstehung ihrer Erkrankung mitzutragen). Aber die Gestaltung der individuellen Lebenspläne ist — außer im Falle schwerer Sozialschädlichkeit — dem staatlichen Zugriff entzogen (ihre Regulierung zuerst eine Frage der Moralität, nicht der Legalität, vergleiche Kant).

6. Einen Bereich des Abwägens bilden die (voraussehbaren) negativen sozialen Wirkungen von Lebensstilen (Selbstschädigung, Bedrohung des anderen). Sie fallen potentiell in den Interessenbereich staatlichen Handelns (während auf der anderen Seite zum Beispiel ein Druck auf Frauen und Familien, in der pränatalen Diagnostik festgestelltes behindertes Leben wegen der gesellschaftlichen Folgekosten nicht anzunehmen, schlechthin zu verwerfen ist). Potentielle Staatseingriffe aufgrund der AIDS-Diagnose sind aber folgen-(=verantwortungs-)ethisch einzuschätzen: Hilft eine Meldung den Betroffenen und ihren möglichen Sexualpartnern, oder tauchen sie unter und bedrohen gerade so andere? Werden sie nicht nur leiblich, sondern auch moralisch zugrundegerichtet? In diese ethisch zu verantwortende Einschätzung geht Ermessen ein; deshalb ist sie nicht von vornherein prinzipiell zu beantworten.

7. Entsprechende juristische Überlegungen werden einerseits von einer Güterabwägung (Freiheit der Selbstbestimmung, Recht auf körperliche Unversehrtheit anderer) ausgehen, andererseits pragmatisch fragen, ab wann die Gefährdung so groß ist, daß sie z. B. eine Meldepflicht nach Art des Bundesseuchengesetzes erfordert. Welches der Rechte kann dem Anspruch des anderen ausweichen, welcher Ausgleich ist möglich, was ist das schonendste Mittel? Im Grunde gelingt das Abwägen nur, wenn ein überrechtlicher gesellschaftlicher Konsens (im Blick auf staatliches Handeln) vorausgesetzt werden kann.

   Der Ethiker wird in solchen Überlegungen nicht nur eine Güterabwägung suchen, sondern oft einen nicht (entsprechend dem Bild des Wiegens) aufzulösenden Konflikt finden. Die Ethik aus der israelitisch-christlichen Tradition weiß, daß die Freiheit nicht egoistisch verwirklicht werden kann, aber sie weiß auch, daß erzwungene Verantwortung nicht Eigenverantwortung ist. Deshalb soll Zwang gerade im sehr persönlichen Bereich der Lebensführung nur bei sehr gewichtigen Gründen eingesetzt werden. Und er soll als konfliktbeladener Eingriff in einen Konflikt, nicht als besonders scharfes Erziehungsmittel verstanden werden. Das erlegt höchste Vorsicht auf.

8. Einige Fragen der Kommission blicken auf das erfüllte Leben, das offensichtlich in verschiedenen sexuellen Beziehungsmustern zum Ausdruck kommen soll. Der Staat kann nur Mittel zur Lebensgestaltung bzw. Schutz vor Eingriffen gewähren; nicht einmal ein umfassender gesellschaftlicher Konsens würde ihn ausnahmslos ermächtigen, fördernd oder sanktionierend einzugreifen; denn kein Konsens kann übersehen, daß es stets Minderheiten gibt. Eine staatliche Mitsteuerung der Sexualmoral entbehrte heute des tragenden gesellschaftlichen Konsenses. Moral soll sich im Vorfeld staatlichen Handelns, in gesellschaftlichen Gruppen, z. B. auch in den Kirchen, artikulieren und herausbilden.

9. Beide — Staat und Gesellschaft — werden von geschichtlich herausgebildeten sozialethischen Perspektiven übergriffen, die vor allem in der Diskussion um die individuellen und die sozialen Menschenrechte zur Geltung kommen: Wohlfahrt (welfare) wird bestimmt durch (a) gesellschaftliche Anteilhabe, vor allem auch sinnvoller Arbeit als Ermöglichung eigener Lebensführung, in (b) Freiheit zur Anteilhabe und Kritik, verbunden mit Solidarität, in (c) Kommunikation (vor allem zur Regelung des Zusammenlebens), verbunden mit (d) einer lebenswerten Umwelt. Vor allem a) und c) schützen vor aufgezwungener Isolierung, während erzwungene Maßnahmen nur einen Ausnahmefall darstellen können.

10. Zwei Bereiche seien als Beispiele für Abwägungen genannt:

    — Die uns aufgegebene Solidarität mit AIDS-Kranken bedeutet nicht, daß diese Solidarität herausgefordert werden kann, etwa durch bewußten Leichtsinn (wie Sex-Tourismus).

    — Die schulische Erziehung steht offenkundig im Zeichen einer verbreiteten sexualpädagogischen Resignation (der Biologieunterricht präsentiert die Fakten, der Religionsunterricht eventuell die Moral) bzw. von oben verordneter Werterziehung, die aber die Sexualpädagogik und -ethik umgeht. Der Pluralität bei relativ abstrakten gemeinsamen Grundorientierungen entspräche es aber, die Gestaltung der Sexualität als Aspekt der Lebensführung (mit anderen) zu erschließen, ohne von vorneherein eine bestimmte Moral zu propagieren.

1.2 Gründel: AIDS und Ethik

Als katholischer Moraltheologe möchte ich zunächst den von mir vertretenen theologisch-ethischen Ansatz kurz skizzieren. In einem zweiten Teil werde ich das Thema „sittliche Verantwortung im Bereich staatlichen Handelns" aufgreifen, um daran anschließend über die „sittliche Verantwortung im Bereich ärztlichen Handelns" zu sprechen. Schließlich soll in kurzen Thesen die „sittliche Verantwortung im Bereich des individuellen Handelns" zur Sprache kommen.

1.2.1 Zum theologisch-ethischen Ansatz

1. Es gibt bestimmte anthropologische Fakten, an denen eine Ethik nicht vorbeigehen kann, erst recht nicht in einer Gesellschaft, die sich zu einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung bekennt. Und hierzu zählt die Eigenverantwortlichkeit der Bürger. Sie ist und bleibt Ausgangspunkt und Ziel ethischen und auch staatlichen Handelns. Ihr widerspricht jenes Bemühen, das erforderlich erscheinende richtige Verhalten soviel wie möglich nur gesetzlich zu reglementieren. Das führt eher zur Entmündigung und zu einem Legalismus. Sittliches Verhalten — und das ist ja mit Eigenverantwortlichkeit gemeint — und auch Verhaltensänderungen, wenn sie sittlich bedeutsam bleiben wollen, können darum nicht äußerlich erzwungen, sondern müssen vom Subjekt aus einer inneren Einsicht heraus vollzogen werden.

   Weiterhin: Mit der Eigenverantwortlichkeit korrespondiert auch die Autonomie, das heißt die Achtung vor der persönlichen Gewissensentscheidung des einzelnen. Autonomie meint hier aber nicht Willkür, sondern gerade auf der Grundlage christlichen Glaubens eine innerlich vollzogene Entscheidung, die sich verantwortlich weiß vor dem eigenen Gewissen, vor der Gemeinschaft und letztlich auch vor Gott. Einer solchen Autonomie widerspricht jeder Entwurf einer autoritären oder repressiven Moral.

   Wer von Verantwortung spricht, muß auch die Möglichkeit des Schuldigwerdens mitbedenken. Es reicht nicht aus, die Verursachung von Fehlverhalten und Schuld nur auf andere Sündenböcke in der Gesellschaft abzuschieben.

2. Die von mir vertretene Verantwortungsethik weiß sich dem biblischen Ansatz und einem darauf gründenden ganzheitlichen Menschenbild verpflichtet. Das heißt, sie wird die wesentlichen Elemente einer humanen Ethik mit aufgreifen und auch mit biblischen Aussagen zu integrieren versuchen. Sie behält den Bezug zur Erfahrung und zur Realität und nimmt bei der sittlichen Bewertung des Tuns auch Rücksicht auf die Folgen des Handelns.

   Wir sprechen von einem teleologischen Ansatz der Ethik. Damit setzt sie sich ab von jeder Form einer legalistischen und fundamentalistischen Konzeption, einer starren, ungeschichtlichen und autoritären Moral, in der kein Raum mehr bleibt für einen Wandel des Normen- und Wertbewußtseins des Menschen.

3. Dementsprechend wird ein so verstandener biblischer Ansatz einer theologischen Ethik welt- und geschichtsoffen bleiben. Gegenüber einer rein normativ-legalistischen Abgrenzung mittels des Begriffes „Norm" bietet sich vom biblischen Ansatz her besser der Begriff „Weisung" an. Er gibt eine verbindliche Zielrichtung an. Und er wird dem Unterwegssein des Menschen besser gerecht, entspricht eigentlich auch dem Kirchenbild des Zweiten Vatikanischen Konzils: Kirche als das durch die Zeiten wandernde Volk Gottes. Eine so konzipierte Ethik setzt auf die Eigenverantwortung des Men-

schen, versteht sich als Ziel- und Hoffnungsethik und sucht nach positiven Modellen und Zielsetzungen, ohne dabei die Notwendigkeit negativ abgrenzender Normen zu bestreiten. Doch letztere tragen stets die Tendenz zu einem ethischen Minimum.

4. Es entspricht der Rationalität christlichen Glaubens, sittliche Forderungen vernünftig zu begründen und plausibel zu vermitteln. Ziel ist es, von einer Außenlenkung zu einer Innenlenkung im Sinne eigenverantwortlichen, mündigen Verhaltens zu kommen. Dabei entwickelt eine auf dem christlichen Glauben gründende Ethik keinen eigenen Normenkatalog, vermag aber von sich aus durchaus eine tiefere Dimension menschlichen Lebens und Zusammenlebens aufzuzeigen.

5. Gerade durch Lehre und Verhalten Jesu, wie sie uns im Neuen Testament überliefert werden, sind uns verbindliche hochethische Ziele angezeigt, die eine Abkehr von vordergründig-legalistischem Verhalten verlangen und eine radikale innere Liebesbereitschaft einfordern. Doch werden in einer noch unheilen Welt diese Ziele angesichts menschlicher Gebrechlichkeit oft nur in Teilschritten angegangen. Wir sprechen hierbei in der Ethik vom „Gesetz der Gradualität" (Papst Johannes Paul II.).

   Ein Beispiel: So wäre etwa im Bereich der Homo- und der Heterosexualität der Schritt von einem unpersonalen promisken Verhalten zu einer zunehmenden Stabilisierung einer festen Beziehung auf Partnerschaft hin ein wesentlicher Fortschritt, selbst wenn solches Tun vom christlichen Hochziel einer auf personaler Liebe und Treue gründenden partnerschaftlichen Dauerbeziehung, wie es die Ehe sein will, noch weit entfernt ist. Auch solche Teilschritte müssen ernstgenommen und positiv gewertet werden.

6. Will eine theologische Ethik den Bezug zur Realität wahren, so muß sie in einer pluralistischen Gesellschaft auch mit pluralen Wertvorstellungen rechnen und diesen so weiten Raum lassen, als sie nicht wesentlichen, im Grundgesetz verankerten Wertvorstellungen und Rechten der menschlichen Person und der Gemeinschaft in schwerwiegender Weise widersprechen.

   Entscheidendes Kriterium für das von allen Mitgliedern der Gesellschaft eingeforderte Gemeinschaftsverhalten ist die jedem Menschen als Person zukommende unaufhebbare Würde. Die Freiheit jedes Staatsbürgers ist auch verfassungsrechtlich geschützt gegenüber willkürlichen Eingriffen von seiten einzelner oder des Staates. Ob in diesem Zusammenhang in Parallele zu dem Juristen Jellinek von einem ethischen Minimum gesprochen werden soll, mag hier offenbleiben. Dennoch lassen sich aus dem Grundsatz der Achtung der Würde jeder menschlichen Person im Zusammenhang mit der Bedrohung durch AIDS einige Folgerungen für das konkrete Verhalten ziehen.

7. Schließlich sollte der befreiende Charakter christlichen Glaubens und der „Wegecharakter" einer theologischen Ethik auch darin zum Ausdruck kommen, daß in einer Konfliktsituation im Rahmen einer Güterabwägung entsprechend dem Gesetz des Möglichen Raum bleibt für einen Kompromiß. Kompromißbereitschaft ist nicht Leugnung des verbindlich bleibenden Zieles, ist nicht Schwäche, sondern Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung in der konkreten Situation, eine heute geforderte Grundhaltung und Tugend. Sie beinhaltet auch jene Toleranz, die Menschen mit anderen Wertvorstellungen einen Lebensraum gewährt und achtet, vor allem Außenseitern und Diskriminierten zu gesellschaftlicher Integration verhilft. Gerade dies ist Christen aufgetragen, die die Botschaft Jesu ernst nehmen.

   Darüber hinaus bleibt Angst gerade im Bereich der Ethik ein schlechter Berater, da sie nur zu äußerer Anpassung führt. Darum sollte nicht die Angst vor AIDS unmittelbar zur Erziehung zu rechtem Verhalten verwendet werden.

1.2.2 Zur sittlichen Verantwortung im Bereich staatlichen Handelns

In einem zweiten Teil sollen nun einige Thesen zur sittlichen Verantwortung im Bereich staatlichen Handelns aufgestellt werden. Auf die mögliche Akzeptanz pluraler Wertvorstellungen in unserer demokratischen Gesellschaft und auf deren Grenzen wurde bereits hingewiesen.

1. Der Staat hat — unbeschadet seiner besonderen Schutzpflicht gegenüber Ehe und Familie — auch dem Bedürfnis des einzelnen Bürgers nach erfülltem Leben und nach sexueller Erfüllung soweit wie möglich Raum zu gewähren, als durch sein Verhalten nicht grundlegende Belange und Rechte anderer verletzt werden.

   Insoweit es sich bei AIDS um eine Krankheit handelt, die zum Tode führt und für die es derzeit noch keinerlei Therapie gibt, ist jede mutwillige Infizierung eines Gesunden als ein kriminelles Vergehen anzusehen und entsprechend zu ahnden.

2. Die Obsorgepflicht des Staates bezieht sich auf die HIV-Infizierten und die an AIDS Erkrankten, gleichzeitig aber auch auf die Gesunden, die vor Ansteckung zu schützen sind. Für eine Gesundheitspolitik bedeutet dies, entsprechende Aufklärungskampagnen vorzunehmen, wobei die Propagierung von Kondomen, wie dies in einer ersten Aufklärungswelle geschah, nur als eine erste vordergründige Schutzmaßnahme zu werten ist. Dabei dürfte die nur relative Sicherheit der Kondome nicht verschwiegen werden.

   Selbst wer die Verwendung von Kondomen sittlich nicht billigen wollte, müßte sie doch bei Sexualkontakten gegenüber einer ansonsten bestehenden und nicht anders zu umgehenden Ansteckungsgefahr bejahen.

   Allerdings sollten bei den Aufklärungskampagnen über die rein technischen Schutzmaßnahmen hinaus auch tiefergehende ethische Fragen, nämlich die Solidarität — das heißt die sittliche Verantwor-

tung für den Partner — mit angesprochen werden, gegebenenfalls auch die Bedeutung von Treue für die AIDS-Verhütung. Dabei ist jede Form einer Panikmache zu vermeiden. Die Ansteckungsgefahr sollte realistisch aufgezeigt, aber nicht übertrieben werden.

Ich darf sagen, daß die hier bei uns stattgefundene Aufklärungswelle, die zunächst mehr eine „Kondomaufklärung" war und auf die Kritik der Kirchen stieß, im Grunde genommen ja nur ein erster Schritt war, dem gerade eine zweite Welle folgte, in der durchaus Fragen der Solidarität und Verantwortung für den Partner mitbenannt waren.

Auch im schulischen Bereich wäre eine entsprechende Aufklärungsarbeit zu leisten, aber nicht in einem Fach, sondern besser in einer fächerübergreifenden Form. Dies könnte interdisziplinär geschehen.

Es erscheint jedoch fragwürdig, gerade im Zusammenhang mit AIDS sittliche Prinzipien zum Sexualverhalten aufzuzeigen und deren Beachtung einzufordern. Dadurch wird der Verdacht verstärkt, die Gefährdung durch AIDS diene als Mittel, um zu einer „repressiven Sexualmoral" zurückzuführen. Mit der Rede von AIDS als „Rache der Natur" oder als „Strafe Gottes" wird nicht nur ein falsches Gottesbild aufgezeigt, sondern werden irreale Ängste geweckt, mit denen Sexualität eine Verbindung eingehen kann wie zu früheren Zeiten angesichts der Bedrohung durch Geschlechtskrankheiten oder — bei Nichtvorhandensein von empfängnisverhütenden Mitteln — der „Bedrohung" durch ein Kind.

Christliche Ethik hat keine Freude daran, wenn durch AIDS der Lustcharakter der Sexualität eine Einbuße erfährt. Darum bleibt Angst ein schlechter Berater. Sittliche Weisungen zum rechten Sexualverhalten — so wichtig sie sind; sie müssen im schulischen Bereich, in der Kirche und in der Familie eingebracht werden — sollten jedoch unabhängig von der Rede über AIDS vorgelegt und diskutiert werden, um so eine fatale Koppelung zu verhindern oder einen solchen Verdacht nicht zu nähren.

Zur Gesundheitspolitik aber gilt: Antikörpertests sollten auf freiwilliger Grundlage erfolgen, wobei hier für einen entsprechenden Datenschutz, aber auch für weitere kostenlose Testmöglichkeiten Sorge zu tragen ist. Selbst wenn es unausräumbare Testunsicherheiten gibt, ist dies kein Grund zu einer Testentmutigungspolitik.

3. Staatlicherseits sind nicht nur für weitere Forschungen zur Therapie von AIDS, sondern auch für die an AIDS Erkrankten die entsprechenden personellen und finanziellen Hilfen zur Verfügung zu stellen, wobei besonders auch den Selbsthilfegruppen eine Aufmerksamkeit zuzuwenden ist. Es darf unter AIDS-Kranken nicht zu einer Panikstimmung im Sinne eines Amoklaufs kommen.

4. Zur Verantwortung im staatlichen Bereich — der Politiker und von uns allen — zählt auch die Entlarvung fragwürdiger gesellschaftlicher Tendenzen und Leitbilder, die unverantwortlichem Verhalten, einer Enthemmung und Süchtigkeit Vorschub leisten. Leitbilder der „Ich-Haftigkeit", des „Haben-Müssens" und ein überzogenes Anspruchsdenken fördern ein kurzatmiges Glücksverständnis und degradieren den Menschen zum Spielball fragwürdiger Strömungen, erschweren eigenverantwortliches Verhalten und provozieren den Ruf nach noch mehr staatlicher Reglementierung.

5. Sittliches Verhalten gründet wesentlich auf der Freiwilligkeit des Handelns. Darum ist in diesem Bereich jeder Zwang — etwa zur Änderung eines bestimmten, eine Infektion besonders begünstigenden Sexualverhaltens (etwa Analverkehr) — von staatlicher Seite wirkungslos. Was verhindert werden muß, ist ein Verhalten, durch das Mitmenschen in lebensgefährlicher Weise ohne ihr Wissen verletzt werden.

   Insofern kann es für bestimmte Berufe — etwa wegen der notwendig erforderlich erscheinenden Schutzmaßnahmen für die Berufsausübenden; ich denke an die Mitarbeiter eines Chirurgenteams im Krankenhaus — eine Verpflichtung zur Vornahme eines HIV-Antikörpertests bzw. bei vorliegender Infizierung eine Meldepflicht geben.

   Eine grundsätzlich verordnete Meldepflicht für HIV-Infizierte erscheint mir derzeit nicht oder noch nicht gefordert.

6. Infizierte, die noch keinerlei unmittelbare Krankheitssymptome aufweisen, sollten auch keine Nachteile haben und voll in ihren Arbeitsprozeß eingegliedert bleiben.

7. Insofern sich in den letzten Tagen gerade im Bereich der Drogenszene unter den Drogenabhängigen die prozentual stärkste Zunahme von AIDS-Erkrankungen und HIV-Infizierungen abzeichnet, muß staatlicherseits das Bemühen um eine erfolgversprechende Drogentherapie verstärkt werden. Hierbei ließe sich zum Zwecke einer Stabilisierung eine kontrollierte Abhängigkeit auf Zeit dann hinnehmen, wenn auf diese Weise der unkontrollierten Folgekriminalität begegnet werden könnte. Für Drogenabhängige wie für HIV-Infizierte ist eine soziale und berufliche Eingliederung bedeutsam.

1.2.3 Sittliche Verantwortung im Bereich ärztlichen Handelns

In einem dritten Teil soll die sittliche Verantwortung im Bereich ärztlichen Handelns angesprochen werden. Ärztliches Tun ist heute entsprechend der Ausweitung des Gesundheitsbegriffs der WHO nicht nur auf die bloße Therapie eingeschränkt, sondern auch auf Vor- und Nachsorge ausgerichtet.

1. Ein HIV-Antikörpertest an symptomlosen Personen — so darum gebeten wird — ist vorzunehmen. Dabei bleibt für den Fall eines positiven Befundes zu bedenken, daß mit der entsprechenden Mitteilung auch eine Lebensgefährdung des Betreffen-

den — etwa eine Suizidgefahr — verbunden sein kann. Hier wäre für eine entsprechende menschliche Begleitung Sorge zu tragen.

Es gibt zwar meines Erachtens kein allgemeines Recht auf Nichtwissen um eine bestehende Infektion, wohl aber ein Recht, mit einem nicht tragbar erscheinenden Ergebnis auch nicht unmittelbar konfrontiert zu werden. Wer über seine mögliche HIV-Infektion jedoch nicht informiert werden will, der muß sich konsequenterweise in der Begegnung mit seinen Mitmenschen — vor allem bei Kontakten mit Blut oder Sperma — so verhalten, als sei er infiziert. Das heißt, das Nicht-Wissen-Wollen ist mit der sittlichen Verpflichtung zu einem entsprechend vorsichtigen Verhalten zu koppeln.

2. Zum ärztlichen Ethos gehört die Schweigepflicht. Sie besteht im Falle eines positiven HIV-Antikörpertests eines Patienten gegenüber staatlichen Stellen, Arbeitgebern, Lebensgefährten und Sexualpartnern.

   Gegenüber letzteren hat der Infizierte seinerseits die Pflicht zur Information. Tut er dies nicht, so muß er sich zumindest so verhalten, daß eine Ansteckung ausgeschlossen wird. Ist er zu solchem Verhalten nicht bereit — das heißt: nimmt er eine mögliche Ansteckung eines Sexualpartners in Kauf —, so müßte ihm der Arzt kundtun, daß er sich angesichts einer solchen Gefährdung nicht mehr an seine ärztliche Schweigepflicht gebunden fühlt oder aber eine weitere Behandlung dieses Patienten — ausgenommen im unmittelbaren Notfall — nicht mehr verantworten könnte.

3. Unter bestimmten Voraussetzungen könnte bei HIV-Infizierten, die schwer süchtig sind — etwa bei Heroin-Süchtigen — und bei denen eine Suchtfreiheit kaum zu erwarten ist, eine streng kontrollierte Verabreichung der Ersatzdroge Methadon wohl sittlich toleriert werden. Ich sage „streng kontrolliert"!

   Das gleiche gilt für eine ebenfalls kontrollierte kostenlose Verabreichung von Einwegspritzen, wenn auf diese Weise der Teufelskreis von Drogenkonsum, Prostitution und HIV-Infizierung durchbrochen werden kann. Denn gerade die Beschaffungsprostitution, mit deren Hilfe sich Drogensüchtige ihre Mittel für einen neuen Trip besorgen, stellt eine große Ansteckungsgefahr dar.

   Dabei bleibt zu bedenken, daß solches Vorgehen für anfällige Menschen einen gewissen Aufforderungscharakter erhalten kann. Nur im Rahmen einer Güterabwägung bzw. eines Bedenkens der Folgen ließe sich solches Handeln, das normalerweise nicht gerechtfertigt erscheint, verantworten.

4. Es ist nicht nur verständlich, sondern könnte auch sittlich verantwortet werden, daß z. B. Chirurgen angesichts eines größeren Eingriffs und der damit erforderlichen weiteren Behandlungsmaßnahmen von Patienten als Voraussetzung für die Vornahme dieser Operation — besonders bei begründetem Anlaß — einen HIV-Antikörpertest verlangen, um gegebenenfalls auch strengere Schutzmaßnahmen gegenüber einer möglichen Infizierung vorzusehen. Weigert sich der Betreffende, dann kann — wieder ausgenommen unmittelbar vorliegende Lebensgefahr — unter Umständen eine Behandlung abgelehnt werden.

   Das persönliche Recht auf körperliche Integrität in diesem Sinne rangiert hier hinter einer etwa vorliegenden möglichen schweren Lebensbedrohung anderer Menschen, die Hilfe vermitteln wollen.

1.2.4 Sittliche Verantwortung im Bereich individuellen Handelns

In einem vierten Teil sollen nun noch kurz einige Bemerkungen zur sittlichen Verantwortung im Bereich des individuellen Handelns angefügt werden.

1. Es zählt zur sittlichen Verantwortung des einzelnen Menschen, sich entsprechend der jeweils bestehenden Möglichkeiten mit der Realität zu konfrontieren und unangenehme Situationen nicht zu verdrängen. Bezogen auf die Krankheit AIDS bedeutet dies: Wer befürchtet, aufgrund bestimmter Verhaltensweisen oder bestimmter sexueller Kontakte usw. mit HIV infiziert zu sein, sollte diese seine Ungewißheit und Furcht durch einen inzwischen kostenlos und anonym bleibenden Test beseitigen. Ein solcher Test kann ihm zumindest eine relative Sicherheit über seinen konkreten Zustand vermitteln — eine Kenntnis, die für den Betreffenden bedeutsam werden kann. Denn im Falle einer vorliegenden Infizierung mit HIV könnte der Betreffende vielleicht durch einen entsprechenden Lebensstil den Ausbruch der AIDS-Erkrankung verzögern. Auch bei einer „Bagatellerkrankung" müßte er seine Situation ernster nehmen. Wo ein Infizierter gegenüber anderen ein Ansteckungsrisiko darstellt — etwa beim Zahnarzt —, wäre auch zu erwarten, daß er dies angibt.

   Hier wird allerdings dem Infizierten eine Wahrhaftigkeit abverlangt, die keineswegs immer eingelöst werden dürfte. Darum sind grundsätzlich entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen, um beim Zahnarzt eine mögliche Infizierung auf alle Fälle zu vermeiden. Was ich jedoch sittlich nicht unterstützen könnte, ist eine Empfehlung, sich einem Antikörpertest zu entziehen oder einer „Testentmutigungspolitik" das Wort zu reden.

2. Das Recht des einzelnen Bürgers auf erfülltes Leben und auf Erfüllung seiner sexuellen Bedürfnisse bleibt eingebunden in seine Verantwortung gegenüber dem Partner und vor eventuell entstehendem neuen Leben. Darum besteht die sittliche Verpflichtung, den Sexualpartner bzw. auch den Ehegatten über eine vorhandene HIV-Infizierung zu informieren. Wer dies unterläßt, hat die strenge sittliche Verpflichtung, sich zumindest so zu verhalten, daß unter allen Umständen eine Ansteckung vermieden wird.

3. Die Informationspflicht gegenüber dem Sexualpartner besteht erst recht für eine infizierte Prostituierte. Dennoch müßte hier der betreffende „Kunde" seinerseits auf seinen Schutz bedacht

bleiben. Er kann nicht mit dem „Angebot" einer völlig sauberen — das heißt gefahrlosen — Prostitution rechnen — es sei denn, man will staatlicherseits durch entsprechende, zwangsmäßig eingeforderte Tests, die zudem häufig zu wiederholen wären, reglementierend eingreifen.

4. Paaren, von denen ein Partner oder beide mit HIV infiziert sind, darf das Recht auf den Abschluß einer Ehe nicht verweigert werden. Es ist ein Grundrecht des Menschen, selbst wenn sie wegen der Gefahr der Weitergabe ihrer Infizierung an ein Kind zur Zeugung neuen Lebens derzeit nicht „ja" sagen dürften. Hier müßten sie entsprechend sichere Schutzmaßnahmen zur Verhütung einer Empfängnis vornehmen. Der Abbruch einer Schwangerschaft für den Fall einer Infizierung des Fetus stellt sicherlich keinen sittlich zu verantwortenden Weg dar.

5. Ich habe schon angedeutet: Unmittelbar im Zusammenhang mit AIDS sollte nicht „Sexualmoral" gepredigt oder über sexualethische Prinzipien gesprochen werden — wegen des Verdachts, Kirche oder andere Gruppen wollten die Gefahr von AIDS für die Rückkehr zu einer repressiven Sexualmoral ausnutzen.

   Wir stellen heute — im Bereich der Sexualität — eine Verschiebung des moralischen Diskurses auf die psychologische Ebene fest. Dies sollte uns nicht traurig stimmen. Denn gerade in diesem Bereich — auf psychologischer Ebene — sind viele ethische Implikationen enthalten.

Es geht dabei nicht mehr um die Frage, was erlaubt oder verboten ist, sondern um die Gefühlsebene des Partners und der eigenen Person. Auf der „Ich"-Ebene bedeutet eine Psychologisierung des sexuellen Diskurses eine Ausrichtung der Sexualität an der eigenen Gefühlslage und an dem Anspruch, daß sexuelle Beziehungen unter dem Grundsatz geprüft werden: Wie geht es mir dabei? Was bringt mir dies nicht nur für den Augenblick, sondern auf Dauer?

Eine solche Zielsetzung führt noch nicht zu einer Entfaltung der Sexualität, wenn sie nicht auch in andere Zielsetzungen eingeordnet wird. Dennoch: menschliches Sexualverhalten kann verkümmern und pervertieren, wenn diese eigene Gefühlslage auf Dauer nicht beachtet wird. Das ist sicherlich auch in der Vergangenheit in einer christlichen, allzu normativ konzipierten „Sexualmoral" nicht hinreichend gesehen worden.

Aus der Erfahrung der Eheberatung heraus wissen wir, wie schnell eine eheliche sexuelle Beziehung unter Verleugnung oder Mißachtung der eigenen Gefühlslage zu Not, Frigidität, ja zum Mißglücken führt. Die Einengung einer traditionellen Sexualmoral auf das Ziel der Fortpflanzung hat zu einer Unterbewertung des Lustcharakters und dieser emotionalen Ebene geführt.

Auf der „Du"-Ebene bedeutet eine Diskursverschiebung eine Orientierung an der Gefühlslage des Partners, an seinem Anspruch nach sexueller Erfüllung. Gerade die derzeitigen Auseinandersetzungen um das Thema „Vergewaltigung in der Ehe" zeigen, daß es auch hier innerhalb einer christlich orientierten, sittlich geführten Ehe Defizite gegeben hat. Das Wohlbefinden des Partners ist ein weiteres, auch sittlich bedeutsames Kriterium für eine sexuelle Interaktion. Auch dieser Gesichtspunkt kam in der christlichen Sexualmoral nicht hinreichend zum Tragen.

Dennoch ist auch dort, wo die Bedürfnisse und Gefühle des anderen mit den eigenen abgestimmt sind, dies noch keine Garantie für das Glücken partnerschaftlicher Sexualität. Einfacher gesagt, heißt dies: Nicht alles, was dir und mir im Augenblick guttut, muß auch wirklich für mich und für dich auf Dauer gut sein.

Im Zuge der Psychologisierung dieses sexuellen Diskurses wird auch im Bereich der Gesellschaft auf eine solch positive Bedeutung des psychologischen Diskurses Rücksicht zu nehmen sein.

Und schließlich gibt es eine dritte Ebene, von der aus ethische Implikationen der Diskursverschiebung im psychologischen Bereich zu sehen sind, das ist die „Wir"-Ebene. Sie ist mehr als nur eine Addition der „Ich"-Ebene und der „Du"-Ebene. Unter diesem Gesichtspunkt besitzt das Sexualverhalten durchaus auch eine gesellschaftspolitische Bedeutung; es hat sich an gesellschaftspolitischen Zielvorstellungen nicht einfach vorbeizudrücken. In diesem Verhalten kommt eine partnerschaftliche Situation, ein Erleben zum Ausdruck, das auch für das Leben der Sozietät bedeutsam ist.

Es wird gerade von seiten der Ethik wichtig sein aufzuzeigen, daß auch in der Liberalisierung der letzten Jahrzehnte — die sogenannte sexuelle Revolution hat sicher nicht stattgefunden, sondern nur zu einer Kommerzialisierung geführt — im Bereich des Sexualverhaltens wichtige positive Ansätze zum Durchbruch gekommen sind: die Achtung vor der Gefühlslage des Mitmenschen, die Rücksichtnahme auf den Partner, die Vorsorge im Rahmen einer Verhütung, damit nicht ein unerwünschtes Kind gezeugt wird, das dann unter Umständen auch abgetrieben wird.

Eine christliche Sexualethik wird darum auch darauf verweisen, daß diese positiven, zunächst psychologischen Ansätze durchaus zu einer Vertiefung der ethischen Fragestellung führen und in der Gesellschaft bedeutsam sind. Diese dürfte auch für den Umgang mit AIDS-Erkrankten untereinander und für den Umgang der Gesunden mit den Kranken eine Hilfestellung bieten.

1.3 Haug: Das historische Syphilis-Paradigma und die Gefahr eines analogen AIDS-Paradigmas der Moral — Vorschläge zur sozial-moralischen AIDS-Folgenabschätzung —

Vorbemerkung

Auf Anregung von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie habe ich zwischen 1981 und 1986 an einer Studie über den Zusammenhang zwischen ideologischen Mustern „gesunder Normalität" und den Ausrottungspolitiken im NS-Staat gear-

beitet. Die hieraus hervorgegangene Schrift mit dem Titel „Die Faschisierung des bürgerlichen Subjekts" versteht sich als Beitrag zur historisch-empirischen Moralforschung. Sie „zeigt, wie gerade dort ‚Moral' virulent sein kann, wo der gesunde Menschenverstand ihre Abwesenheit beklagt". Die Ausrottungspolitiken der Nazis, beginnend mit der großen Patientenvernichtung (genannt „Euthanasie"), erklären sich nicht einfach aus der Abwesenheit von Moral, sondern aus einer „Mutation" derselben. So wichtig die Moral in der öffentlichen Politik ist, so ist doch auf die Moralform als solche kein Verlaß. Im folgenden geht es darum, anhand historischer Exkurse einen Ausblick auf latente Möglichkeiten zu verdeutlichen, deren Aktualisierung Gefahren für ein demokratisches Gemeinwesen mit seinen Menschen- und Bürgerrechten, seinem Pluralismus und seinen Freiheitsvorstellungen heraufbeschwören könnte. Diese von sozialmoralischen Reaktionsbildungen auf die AIDS-Gefahr ausgehenden Tendenzen bezeichne ich als „sekundäre AIDS-Gefahr".

Zur Terminologie: Der Ausdruck „Moral" wird im folgenden nicht normativ verwendet, sondern analytisch. „Moral" im Sinne real fungierender Verhaltensregeln wird unterschieden von den Moraldiskursen insbesondere akademischer Ethikexperten. Der Hauptgrund für diese Unterscheidung liegt in der prekären Beziehung dieser Diskurse zu den in der Bevölkerung oder bei den wirtschaftlichen, politischen und kulturellen Akteuren real fungierenden Verhaltensregeln. Die Lebensfremdheit, Abgehobenheit und mitunter Unaufrichtigkeit der Moralprofessoren und Professormoralen ist für den Common sense über viele Generationen hinweg ein wie immer unberechtigtes Spottobjekt gewesen. Eine Zwischenstellung nimmt die populäre, alltagsmoralische und diätetische Ratgeberliteratur ein, die in ihrer Marktabhängigkeit, ablesbar an den Auflagenzahlen, eng an tatsächliche Bedürfnisse gezwungen ist.

1.3.1 Rückblick auf eine säkulare Moralformation

In der Periode zwischen etwa 1850 und 1950 sehen einige Forscher eine betont sexualrepressive Formation in Kraft. Diese Zeit hat es in sich. Es spricht einiges dafür, daß „zukünftige Historiker die Periode von 1850 bis 1950 als ein Jahrhundert des Rassismus bestimmen" werden.

Ungeachtet der tiefen politischen Einschnitte von 1914, 1918, 1933 und 1945 lassen sich in dieser Epoche grundlegende Kontinuitäten ausmachen, deren Elemente zumeist viel älter sind, deren Konfiguration jedoch der Problemlage industriekapitalistischer Gesellschaften entspringt. Der soziale „Daseinskampf" zwingt viele Individuen zu funktionalen aber irrationalen Disziplinen. Dabei bildet sich eine Moral der Selbstmobilisierung heraus, in der alte Elemente neu gruppiert und umfunktioniert erscheinen: Die Lust steht dem Manne näher als der Frau, und im Manne stellt sie einen wesentlichen Kristallisationspunkt von Tendenzen dar, gegen die das moralische Subjekt sich zu stellen hat. Selbst irreligiöse Konzeptionen der Lebensgestaltung sehen in der Sexuallust einen „inneren Feind". Dieser kann zum Repräsentanten des äußeren Feindes werden. Katholische Kriegspredigten aus Deutschland zwischen 1914 und 1918 assoziieren Frankreich regelmäßig mit einem Satz „sexueller" Elemente, etwa mit Frauenmode, angeblicher „Zügellosigkeit und Lüsternheit von Paris" und Geburtenkontrolle. In einer der Predigten heißt es: „Die Liebe zur Keuschheit entscheidet vielleicht zu dieser Stunde über die Geschicke der Völker Europas . . ."

„Rassenhygienische" Motive überlagern sich hier mit moraltheologischen. Die ideologischen Grundformen werden bedient bis zur Karikatur. Der Weltkrieg, heißt es in einer protestantischen Kriegspredigt, ist „nur ein äußerlicher, mechanischer Vorgang", der aus dem Inneren entspringt: „Der erste Kriegsschauplatz ist in deiner eigenen Brust . . . denn auch du willst auf eigene Faust sein und gelten, unabhängig von Gott . . ."

Das Angeprangerte schillert zwischen bürgerlichen und sozialistischen Motiven. Die Grundsünde, das ist die „ichsichere, irdische Gesinnung im Innersten deines Wesens". Die „Lüste" fungieren wie ein populäres Gleichnis aller irdischen Gesinnung. „Du weißt, wie da Fleischeslust, Augenlust und hoffärtiges Leben streiten gegen den Geist Gottes, der wider diese Lüste streitet."

Das eigene Innere ist der erste Kriegsschauplatz; von dort „äußert" sich der Krieg in die Familie („Verlust an Liebe und Treue"); vom Innern der Familie wiederum greift er aus ins Volk („feindliche Interessenkämpfe zwischen den Gliedern und Schichten des ganzen Volkes"). „Was in dir . . . tobt, . . . strömt . . . in die Familie. Und wiederum, was . . . in der Familie tobt, . . . strömt . . . hinein in das Volk." „Der Liebesakt diene der Zeugung, nicht der Lust."

Wie die „Lüste" eine allgemeine Chiffre vorstellten, an das sich alle möglichen Drohbilder anschlossen, so artikuliert die Sexualenthaltung „Gesundheit" und „Schönheit" — und natürlich „Geist". Zugleich wird nicht selten die „Klassenfrage" als eine des Gegensatzes von edler Askese und gemeiner Befriedigung benannt und entnannt. Nicht das „soziale Elend", sondern das sexuelle Elend sei schuld am Verfall menschlicher Schönheit, heißt es bei einem der „Ratgeber": „In uns selber haben wir unseren Vernichter zu suchen! Derjenige Teil unseres Körpers, der angeblich das Tier im Menschen repräsentiert . . . unterhalb der Taille . . . Und je mehr Aufmerksamkeit wir ihm widmen, um so mehr beherrscht er uns; je mehr wir uns seiner Herrschaft unterwerfen, je rascher vernichtet er uns . . ."

In diesem Sexualdiskurs, der die Klassenfrage in die Moralfrage verschiebt, ist fortwährend von „Herrschaft, Unterwerfung", hier gar „Vernichtung" die Rede. Es ist lohnend, die in dieser Figur enthaltenen Repräsentationsbeziehungen zu analysieren. „Die Lust in uns repräsentiert Herrschaft über uns. Sich der Lust zu unterwerfen, repräsentiert Unterklasse und Ungesundheit." „Beseitigt die ‚geschlechtlichen Ausschweifungen' und Ihr habt die ‚Hälfte aller Krankheiten und Entartungserscheinungen' beseitigt."

Ausschweifend ist jeder Sexualakt, der nicht (ehelicher) Zeugungsakt ist. (Eine moderne Variante dieses Gedankens bringt Arnold Gehlen auf dem Höhepunkt

des „Dritten Reiches": „Gesund nennen wir also das Triebleben, wenn es in feste Ordnungen beherrschter und ausgewählter Kraft umgemünzt, in Haltungsgewohnheiten gefaßt und an die objektive Welt hinverteilt ist. Wo es also keine sogenannten „Triebe" mehr gibt, dort ist das Triebleben zu der „natürlichen" Ordnung gekommen").

Nicht anders als beim popularmoralischen Ratgeber vollbringt diese Zucht die Verwandlung des „Menschen" in den „Mann", was die Frage nach dem „menschlichen" Geschlecht in spontan männerzentrierter Form immer schon beantwortet hat: Nach Gehlen erreicht die Männlichkeit des Menschen dann ihren höchsten Grad, wenn die Anpassungsvorgänge in ihm am intensivsten arbeiten.

1.3.2 Das Syphilisparadigma

Eine Umfrage von 1911 ergab, daß nur ein einziger von hundert Studenten „sich bis zur Ehe rein hielt" (Linse 1985, Seite 259). Die bürgerliche Sexualmoral zu Beginn des Jahrhunderts trieb die jungen Männer vor allem zu den Prostituierten. Die Ansteckungsgefahr war unter den gegebenen Bedingungen fast unausweichlich. Die Zahlen zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, die Blaschko 1900 veröffentlichte, wurden blitzartig „zum Mobilisator der öffentlichen Meinung": Zwei Drittel der unverheirateten Männer seien jetzt oder früher von Geschlechtskrankheiten befallen gewesen, für Berlin wurde die Zahl von bis zu 25 Prozent genannt. Eine fast krankhafte Angst vor Krankheit und Ansteckung breitet sich aus, verbunden mit dem Mythos vom modernen Sündenbabel etwa in Gestalt der Großstadt Berlin. Damit verknüpft sich die „Gefahr der unehelichen Schwangerschaft". In den Moraltraktaten gehen Lust-Prostitution-Geschlechtskrankheit eine feste rhetorische Verbindung ein.

Andererseits kam absolute Enthaltsamkeit medizinisch nicht in Frage. Im Gegensatz zu einem Popularhygieniker wie Gerling, der noch zur Zeit des Ersten Weltkriegs die Probleme Alkohol und Sex zusammenwirft, fordert der Mediziner Forel 1904, für die Sexualität „eine total andere Behandlung". Die Sexualität ist für ihn eine positive Lebenskraft. Ihre Unbefriedigung wurde medizinisch als Krankheitsursache begriffen, seit der Heidelberger Neurologe Erb 1903 deren neurotisierende und leistungsherabsetzende Auswirkungen nachgewiesen hatte. Andererseits schienen nach Iwan Bloch (1905) gegenüber „Ansteckung" und unehelicher Schwangerschaft „die etwaigen schädlichen Folgen der Abstinenz" weniger ins Gewicht zu fallen. Man muß sich fragen, warum nicht die Empfängnisverhütung in den Vordergrund gerückt wurde (die Bedeutung dieses Faktors läßt sich spätestens in der moralgeschichtlichen Auswirkung der „Antibabypille" fassen). Die Propagierung der Empfängnisverhütung war 1878 in Deutschland von dem Arzt Hellmann versucht worden. Unter dem Einfluß der Malthusianer — ihr Programm ging von der Übervölkerungsthese aus und kann mit der Formel „Geburtenkontrolle plus Sexualhygiene" umschrieben werden — verknüpfte Hellmann Empfängnisverhütung und Hygienisierung des vorehelichen Geschlechtsverkehrs, wie sie sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts durchsetzen sollten. Bezweckt war die „Ausrottung des Syphilis", wobei die „Geschlechtsfreiheit" abgesichert werden sollte durch staatliche Zwangsmaßnahmen gegen Infizierte. Wie Iwan Bloch 1909 mitteilt, ist Hellmann's Buch gleich nach Erscheinen beschlagnahmt worden. In den Moraltraktaten wurden die Verhütungstechniken noch lange Zeit heruntergespielt oder mit Schweigen übergangen. Nicht nur kirchliche Moralpolitiken fanden darin ihren Niederschlag. Innerhalb kirchenferner Teile des Bürgertums wirkte der Phantasmenwechsel von der „neomalthusianischen" Überbevölkerungsangst zur „rassenhygienischen" Entvölkerungsangst in dieselbe Richtung. Dafür ist die rasche Übertragung der auf Frankreich gemünzten Depopulationsvision von Bertillon (1911) symptomatisch.

Sexuelle Enthaltsamkeit wurde für die Mediziner kein Wert an sich. Die Bewegungsform für den Widerspruch, verzichten zu müssen und nicht verzichten zu können, war der „hygienisch und ethisch einwandfreie Geschlechtsverkehr", wie Bloch 1907 formulierte. Das umschrieb den ehelichen Verkehr. Bis zum Alter von 25 sollte es „das größte Glück für jeden Menschen" sein, sich jeder auf Geschlechtslust gerichteter Handlung zu enthalten. Freilich sah der lebenserfahrene Arzt Bloch, daß das „meist eine Unmöglichkeit" war. Aber auch er behauptete: Mindestens bis zum 20. Lebensjahr sei es „für jeden gesunden Menschen" möglich und „eine gebieterische Forderung der individuellen und sozialen Hygiene, sich ... des sexuellen Verkehrs gänzlich zu enthalten".

Diese Linie vertrat auch die außerordentlich einflußreiche Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), die 1902 als Zweig der 1899 entstandenen internationalen Gesellschaft für die „sanitäre und moralische Prophylaxe der Syphilis" gegründet worden war. Sie wurde zur mächtigsten Lobby der Medizinisierung des Sexes im Wilhelminischen Kaiserreich; sie „brach das sprachliche Tabu" und setzte eine öffentlichkeitsfähige Sprache für Sexualität durch, diese dem Gesichtspunkt der „Ansteckungsgefahr" unterordnend.

Aber da war ein Bedarf nach Moralisierung, der mit der Hygienisierungsstrategie des Sexuellen keineswegs sein Bewenden hatte. Er verdichtete sich mit dem Medizinischen zum Syphilisparadigma der Moral. Darauf, daß die Geschlechtskrankheiten traditionell eine wichtige moralische Funktion gewonnen hatten, deutet etwa die Tatsache hin, daß 1777 der Entdecker eines „antivenerischen Specificums" aus der Medizinischen Fakultät der Pariser Universität ausgestoßen worden ist, wie der französische Autor Donzelot 1980 erwähnt. Er berichtet weiter: „Ein Jahrhundert später wird der Mediziner Tardieu einen seiner Amtsbrüder, der einen antivenerischen Impfstoff einführen wollte, mit Sarkasmen überschütten. Das hieße, wie er sagt, dem Mißbrauch Tür und Tor öffnen, die Medizin gegen die Moral benutzen, Leidenschaften entfesseln, die zu Lasten der Familie gehen werden."

Wenn man verstehen will, warum gerade die Syphilis zum Kristallisationskern für Phantasmen der moralisch verschuldeten Entartung wurde, muß man sich

die Modellfunktion vor Augen führen, die der Entdekkung des Zusammenhangs von Infektion und den Spätfolgen der progressiven Paralyse in Medizin und Psychiatrie zugewachsen war. Wie Jervis 1978 schrieb: „Es war ein Keim vorhanden, der das Gehirn infizierte, es gab Gründe (und auch moralische Schuld!), es gab eine Evolution, eine pathologische Anatomie, und es gab erbliche Folgen." Das Ablaufmuster der Syphilis verknüpfte eine Reihe von Stationen, die aus unterschiedlichen Gründen besonders aufgeladen waren: Vom Keim der Ansteckung bei Prostituierten bis zur Geisteskrankheit, dazu die Gefahr der Weitergabe an die nächste Generation in Gestalt der infiziert zur Welt kommenden Kinder — dieses Muster prädestinierte die Syphilis zum Paradigma. Das relativ neue Wissen von den Mikroben, die alte Sünde der Wollust, das Tabu über der Prostitution, die pseudoerbliche Weitergabe der Sündenfolge an die Nachkommen, das Objekt der Psychiatrie — nimmt man hinzu, daß diese Verknüpfung ungleichzeitiger gesellschaftlicher Traditionen und Wissensarten auf dem Boden einer phantasmatischen Aufmerksamkeit für den „Volkskörper" zustandekam, bekommt man ein Verständnis für die Dynamik dieser Formation. Medizinisch-hygienisches Denken und Sexualmoral verschmolzen in der Frage der Volksgesundheit.

So überschritt der Syphilis-Diskurs die Grenzen von Epidemiologie und Seuchenpolitik und dehnte sich aus über die Familie und den Staat, als Adressaten von Moral und Hygiene, bis auf Volk und Nation. Die „sexuelle Frage" erhielt so ihren vollen Umfang: Syphilis + Moral + Nation. Indem die Syphilis als Katalysator einer Medizinierung des Volkskörpers fungierte, wurde sie in ein Bedeutungsgeflecht verknotet, das bei der „verspäteten Nation" der Deutschen enorm aufgeladen sein mußte. Dazu kam ein Weiteres, nicht weniger dynamisch. Die „sexuelle Frage" ermöglichte einen Paradigmenwechsel auf eine andere Ebene: Sie löste die soziale Frage in ihrer dominanten Stellung ab. Schon Hellmann hatte 1878 für sein Konzept ins Feld geführt, „daß die sociale Frage ohne die Einführung des präventiven Geschlechtsverkehrs einer glücklichen Lösung nicht entgegengeführt werden könne". So klammerten sich unterschiedliche, aber gleichermaßen vitale ideologische Funktionen an der Bedeutung der Syphilis fest, die dadurch zu einem vielschichtigen Phantasma wurde.

Auch wenn Penicillin in Deutschland erst nach dem Zweiten Weltkrieg zur Verfügung stand, waren seit Anfang des Jahrhunderts zunehmend wirksame Mittel — etwa 1909 Salvarsan gegen Lues — aufgekommen. Das Syphilisparadigma erwies sich vollends als Syphilisphantasma, als die Syphilis medizinisch kontrollierbar geworden war, ohne daß die um ihre Bekämpfung herumgebaute sozialmoralische Formation an Virulenz verloren hätte. Vermutlich ist es die Verknotung der Disziplinierungsfunktion in der moralischen Ökonomie mit dem nationalen Volkskörper und der Entlastung von der sozialen Frage, was dazu geführt hat, daß die Geschlechtskrankheiten, vor allem die Syphilis, in der moralischen Trivialliteratur — zu der auch Teile von „Mein Kampf" gerechnet werden können —, wie in einem „Nachhalleffekt" noch lange als Schreckbild fungieren, während sie pharmakologisch längst an Schrecken eingebüßt haben. Der Autor Gerling malte 1917 ein düsteres Panorama aus: „Heute waten unsere Söhne durch den Sumpf der Prostitution in den hehren Tempel der Ehe, sie retten von ihrer schönen Jugendblüte meist nur traurige Reste hinüber in jene Institution, die die Grundlage bildet der Familie, des Staates und der Gesellschaft."

Die Angst vor der Ansteckung war in den Common sense übergegangen und erwies sich als fast allseitig „ansteckend", d. h. übertragungs- und ausdehnungsfähig. Zivilisation konnte von rechts als „Syphilisation" ausgesprochen werden, als gehörte nicht der Sieg über die Syphilis gerade zu ihren Errungenschaften.

1.3.3 Exkurs: Hitlers Reartikulation der „Reinheit" als „Rassenreinheit"

Die „Syphilis" als paradigmatische Schnittstelle von Moral, Sexualität und Krankheit, als verschuldete Geschlechtskrankheit, in der das Geschlechtliche zur moralischen Ursache einer Krankheit wird, deren Ansteckung an die folgende Generation weitergegeben werden kann, was wie „Vererbung" aussieht, geistert durch Hitlers Moraldiskurse, dem weiter oben nachgezeichneten Paradigma folgend.

Eine der Quellen mag das psychiatrische Lehrbuch von Baur/Fischer/Lenz gewesen sein, das Hitler in Landsberg gelesen haben soll und in dem sich eine lange Passage über Syphilis befand. „Das war die fixe Idee meines Vaters" erinnert sich der Sohn von Fritz Fischer 1984.

Hitler greift in diese Diskursformation ein, indem er (gewiß nicht als Erster) einen ihrer Dichtepunkte mit Rasse bzw. Rassenmischung verknüpft. In „Mein Kampf" beschwört er die Vision der Syphilis, um sie dann metaphorisch auf den Gesellschaftszustand zu beziehen und mit Rasse zu artikulieren. Rassenmischung entspricht der Prostitution, bei der man sich die Syphilis holt. Syphilis wird zunächst auf Prostitution, diese „Mammonisierung unseres Paarungstriebes", zurückgeführt, die zugleich Ausdruck der „Verjudung unseres Seelenlebens" ist. Die „Versyphilitisierung des Volkskörpers" ist Folge einer moralischen Infektion. „Denn die Erkrankung des Leibes ist hier nur das Ergebnis einer Erkrankung der sittlichen, sozialen und rassischen Instinkte." Die Ehe wird als Instanz der Hygiene eingebaut: Sie ist Dienst an „Art und Rasse". „Nur das ist ihr Sinn und ihre Aufgabe." Der sozialpolitische Eingriff, den Hitler (auf der von der DGBG propagierten Linie!) vorschlägt, ist die staatliche Hilfe zur Vorverlegung der Eheschließung „vor allem des Mannes, denn die Frau ist ja hier ohnehin nur der passive Teil".

Hier zeigt sich, wie Hitler das sexualmoralische Dispositiv konserviert, das mit Stellung und Funktion der Ehe und darüber mit den Geschlechterverhältnissen und dem System gesellschaftlicher Teilungen und Verteilungen von Aktivität und Passivität, von Arbeit und Machtausübung usw. verknüpft ist. Er konserviert diese Struktur, geht aber „moderner" damit um. Gegen den „ethisch und hygienisch einwandfreien

Geschlechtsverkehr im Sinne der Schrift von Iwan Bloch aus dem Jahr 1907 hatte er nichts einzuwenden. Nur daß die Generalklausel „ethisch einwandfrei" jetzt mit rassepolitischem Gehalt gefüllt wird.

Im Faschismus an der Macht war dann das Zeugen im Zweifelsfall wichtiger als die Ehe. Mit finanziellen Anreizen wurde die kinderreiche Familie gefördert. Auch uneheliche Geburten wurden gefördert und „eine weitgehende Gleichstellung der unehelich mit den ehelich Geborenen propagiert", um die Abtreibungsrate zu senken. Im Krieg wurde — gegen den Protest der Kirchen — die Aufwertung der vorehelichen Zeugung und der unehelichen Geburt forciert, denn die Soldaten sollten nicht sterben, ohne sich fortgepflanzt zu haben. Bormann wollte sogar veranlassen, das Wort „unehelich" als solches „gänzlich auszumerzen" und erklärte, es sei „notwendig, daß wir die jetzigen „Verhältnis"-Bezeichnungen, die einen ... anrüchigen Klang haben, abschaffen und verbieten. Wir müssen ... gute und freundliche Namen finden ..." So wirkte das Syphilisparadigma mit seiner Hygiene des Volkskörpers als Gefährt, auf dem eine faschistische „Modernisierung" der Sexualmoral und ihre züchterische Indienstnahme fahren konnten.

1.3.4 Sozialdarwinismus + Syphilisparadigma = Rassenhygiene

Es ist bedenkenswert, daß mit dem „Fit-Sein" eine Kategorie unseren Alltag durchzieht, die von Darwin in seiner Idee vom „survival of the fittest" aufgeladen und vom Sozialdarwinismus in eine Art von Biologie des Bürgerlichen umgesetzt worden war. Fitneß bedeutete Fähigkeit zum Sieg im Kampf ums Dasein. In solchen Vorstellungen spiegelte sich die bürgerliche Gesellschaft mit ihrem Konkurrenzkampf ums ökonomische Überleben in der Natur, um anschließend das verrückte Spiegelbild wieder rückzuübertragen in die Geschichte, so die kapitalistischen Konkurrenzkämpfe „als ewige Gesetze der menschlichen Gesellschaft" naturalisierend, wie etwa Engels es ausdrückte. Haeckel und O. Schmidt stürzten sich auf Darwins Lehre zum Beweis der „notwendigen und allgemeinen Ungleichheit der Individuen", weil „das Prinzip der natürlichen Auslese aristokratisch ist". Sozialdarwinismus wird dann die entscheidende ideologische Grundschiene, auf der nacheinander unterschiedliche ideologische Züge fahren. Im nazistischen Extrem aber werden die Züge auf dieser Schiene nach Hadamar und Auschwitz fahren.

Die großen Ideologien wie der Sozialdarwinismus, die den Resonanzboden für den Nazismus bereitgestellt haben, waren Gemeingut der bürgerlichen Gesellschaften Europas und, mit gewissen Modifikationen, der USA, schon lange vor der Umsetzung solcher Ideologien in Politiken der Subjektmobilisierung und des Massenmords an den nicht Mobilisierbaren und den zum großen Gegensubjekt mystifizierten Juden. Dies gilt für die Lehre von der „Selektion der Besten" im „Kampf ums Dasein", die sich schnell verwob mit der Lehre von der „angeborenen Konstitution" und mit Morels Lehre von der „Degeneration". Eine gewisse Besonderheit der deutschen Ideologieentwicklung ergibt sich allenfalls aus der zufälligen Wortverwandtschaft der Ausdrücke für „species" und „Degeneration": „Art" und „Entartung" schossen heftiger zusammen als die entsprechenden Ausdrücke im Englischen und im Französischen. Das bloße Wörterbuch sorgte sozusagen schon für Evidenz. Die obsessiven Phantasmen aber, die sich zunächst ausbildeten, waren Gemeingut der europäischen Bourgeoisien. Das in England ausgebildete neomalthusianische Phantasma von einer genetisch minderwertigen „Übervölkerung", in das zum Teil eine diffuse Angst vor Aufständen von der Art der Pariser Commune einfloß, verbreitete sich in Windeseile durch Europa. Der phantasmatische Charakter wird daran erkennbar, daß nur wenig später, nach der Niederlage der Commune und dem Massenmord an den gefangenen Communarden, das Gegenteil beredet werden konnte. Die These von der „Entvölkerung" sprang, von Frankreich ausgehend, im Zeichen menschenverbrauchender Kolonialunternehmen im Nu auf das Deutsche Reich über. Über- oder Entvölkerung — beide Male wandte sich bürgerliches Bewußtsein dem „Volkskörper" zu, nahm ihn als Herrschaftsressource, als Kriegs- und Konkurrenzmittel ins Visier. „Erbgesundheitspflege" („Eugenik") wurde zu einem der großen Konzepte um die Jahrhundertwende, mit Schwerpunkten in den USA und in England, wo einer der bis dahin größten Wissenschaftlerkongresse zu diesem Thema zusammenkam.

Inferiore/superiore Erbmasse beschäftigte die Gemüter, und die Klassengesellschaft bildete sich als biotische Meritokratie ab, d. h. als Herrschaft des Erbguts erster Klasse über die zweit- und drittklassigen Gene. Die Inferioren wurden zur „minderwertigen Rasse", die von der Fortpflanzung möglichst auszuschalten war. Die Insassen der Gefängnisse und der Irrenanstalten waren die Ersten, die zwangssterilisiert werden sollten, vor allem und schon früh in den USA. Eine deutsche Besonderheit der Entwicklung bis zu diesem Punkt war allenfalls dadurch gegeben, daß „Volk", nach der Niederlage der 1848er Revolution und im Zuge der Transformation großer Teile der Geschlagenen nach rechts in „Völkische", ganz anders aufgeladen wurde als in den Nachbarländern oder in den USA. Die Revolutionslosigkeit der Deutschen führte zur Umlenkung der enttäuschten Energien nach rechts. Endlich wurde das einschlägige Gedankenmaterial durch Nietzsche in die schärfste kulturkritische Reflexion der Zeit eingearbeitet und so mit philosophischer Dignität und dem Hauch elitären Avantgardegeistes versehen. Heidegger wird nach dem Zweiten Weltkrieg das „Dasein", um das in diesen Diskursen gekämpft wurde, in den Rang der philosophischen Zentralkategorie heben. Umgearbeitet in Philosophie nehmen später die ursprünglichen Geberländer die betreffenden Ideologeme wieder zurück, auch noch dann, als sie durch Wissenschaft, Erfahrung und Geschichte blamiert sind und in nazistischer Form ihre Unterdrückungs- und Vernichtungspotentiale gezeigt haben.

Die dynamische Mutation des Moralischen, die in Deutschland zum Vehikel des Nationalsozialismus wurde, gehorchte der Formel: Sozialdarwinismus + Syphilisparadigma = Rassenhygiene. Ein moralischer Paradigmenwechsel geht aus dieser Reaktion hervor:

von der individualistischen Moral zu einer nationalkollektiven. Das Nationalkollektive dieses Typs ist genauso von der sozio-ökonomischen Grundlage des kapitalistischen Privateigentums und seiner inner- wie internationalen Konkurrenz bestimmt wie sein anscheinendes Gegenteil, der Privatindividualismus. Der Volkskörper repräsentierte sozusagen die Mannschaft des nationalen Gesamtkapitalisten für die auf dem Weltmarkt auszufechtenden Kämpfe um Märkte sowie für die im Krieg auszufechtenden Kämpfe um nationalstaatliche Herrschaftsgrenzen. Dieses nationale Kollektiv bleibt von seiner Basis, dem kapitalistischen Privateigentum, widersprüchlich aber bis ins Mark bestimmt. Die Rassenhygiene wurde zu einer der Formen, in denen sich der herrschende Blick auf diese Mannschaft artikulierte. Das Syphilisparadigma fungierte als Vorstufe dieser Verbindung.

Der Erste Weltkrieg gab den Ausschlag. Die Konfrontation mit den Kriegsneurosen brutalisierte die Psychiatrie: der psychiatrische Schrecken sollte die Soldaten in den Schrecken des Krieges zurücktreiben. Behandlung ward Folter. Wenn das bis hierher Skizzierte mehr oder weniger Gemeingut der Bourgeoisien war, so besiegelte der Ausgang des Krieges die Besonderheit der deutschen Ausprägung dieser Ideologien. In dem Land, dessen Griff nach der Weltmacht aus einer inferioren Postition den Krieg verursacht hatte, ging die Verarbeitung der Niederlage über in die Transformation der obsessiven Phantasmen. Die Vision, daß an der Front die Besten fielen, während die Schlechtesten in den Irrenhäusern in Sicherheit blieben, erhielt durch die Niederlage ihre Zuspitzung. Im Namen einer Moral, die das Individuum durch die Nation ersetzt hatte, konnte so ein gegen die „Inferioren" gerichtetes Vernichtungsprogramm Eingang finden ins ärztliche „Verantwortungsbewußtsein". Jedenfalls kam es so, daß im militärisch geschlagenen, von Revolution und Konterrevolution zerrissenen, im Elend niederliegenden Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg ein Psychiater und ein Jurist die „Freigabe des lebensunwerten Lebens" für die durch medizinische Gutachten anzuordnende staatliche Tötung forderten.

1.3.5 Die mögliche Virulenz des AIDS-Paradigmas

Eine der wirtschaftlichen Basisbedingungen der in den Nazismus führenden Dynamik wird im krisenhaften, den Weltmarkt wie die einzelnen Volkswirtschaften destabilisierenden Übergang zum sogenannten Fordismus gesehen. In der Gegenwart bestimmt der Übergang zur hochtechnologischen Produktionsweise eine Dynamik, die damit verglichen werden muß — bei sorgfältiger Berücksichtigung der Unterschiede. Eine sprunghafte Verschärfung der Konkurrenz am Weltmarkt ist Ursache und Wirkung der mit dem technologischen Innovationsschub einhergehenden ökonomischen Machtverschiebungen. Kompetivierungspraxen (Konkurrenzbefähigungspraktiken) wie der Fitneßkult deuten auf eine Moraldynamik, die vom Übergang zur Hochtechnologie, an der Schnittstelle von Arbeitsweise und Lebensweise im Rahmen der neuen Produktionsweise, determiniert ist. Wie am Weltmarkt, verteilen sich auch am nationalen Markt und Arbeitsmarkt die Chancen und Schattenseiten neu, wobei die Extreme auseinanderstreben und Dauerarbeitslosigkeit als Massenschicksal die „Zweidrittelgesellschaft" ankündigt. Ins chancenlose Drittel herauszufallen wird zur massenhaft — für sich selber oder für die Kinder — empfundene Bedrohung. Auf bedrohliche Verarbeitungsformen von Ausgeschlossenen antworten erst recht bedrohliche Reaktionsformen der Privilegierten, Reaktionsformen, die oft durch Angst vom Abstieg dynamisiert werden. Es könnte unter diesen Bedingungen zu einer Verschmelzung von Auslesepolitiken, Fitneßkult und AIDS-Syndrom kommen.

Alle Faktoren des Syphilisparadigmas scheinen in der Gegenwart ihre Entsprechung zu finden. Die Projektionsanbahnung wird darüber hinaus verstärkt durch die besondere Anfälligkeit jener beiden Milieus, die sowieso Tabuisierung und Ausgrenzung auf sich ziehen: des Drogenmilieus und vor allem der männlichen Homosexualität. Zu rechnen ist mit Metonymien aller Art: Bedeutungsausdehnungen aus der Hygienesphäre auf die Moral.

Ein Dispositiv von Maßnahmen lauert in dieser Situation. Wieder könnte eine Mutation des Moralischen zum populistischen Vehikel werden, das die Zivilgesellschaft und ihren Staat überfahren würde zugunsten einer schubhaften Ausdehnung des Zwangsstaats.

Bei Deregulation des Sozialstaats könnte ein Sexualregulationismus gegen Ansteckungsgefahr vordringen: Zwangstests für Ehewillige mit Folgen für die Ehegenehmigung (etwa analog den Vorstellungen der einstigen „Erbgesundheitsgerichte" des Nationalsozialismus), Fortpflanzungsgenehmigung . . .

Es beginnt mit einem Dispositiv der Detektion (Serientests) und Erfassung. Hierauf folgt Ausschließung („Risikogruppen") und Stigmatisierung. (Ein Beispiel aus der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung" vom 3. Juni 1987: Mit langen gelben Handschuhen waren die Polizisten von Washington ausgerüstet, als sie eine Sitzblockade gegen Zwangstests auflösten. Anlaß dazu war der Dritte Internationale AIDS-Kongreß in Washington gewesen, der mit mehr als sechstausend Teilnehmern und achthundert akkreditierten Journalisten „schon bald die Dimensionen eines Weltwirtschaftsgipfels" erreichte.) Als nächste Stufe der Diskriminierung folgt die Einschließung (Infizierte). Darin lauert weiter die Tendenz zu einer neuen „Euthanasie" (wobei ja jetzt schon „Euthanasie" als „Selbsthilfe" praktiziert wird): „Sterbehilfen" für „unheilbar Kranke" (Behandlungskosten, schlimmer als „unnütze Esser").

Ob und wie solche latenten Tendenzen in die politische Aktualität durchschlagen, hängt von vielen Faktoren ab und läßt sich nicht prognostizieren. Gerade deshalb sollte man gewappnet sein, denn ob man mit der Möglichkeit einer solchen Entwicklung rechnet, geht als Präventivfaktor in sie ein.

Versuchen wir uns also an Ansätzen zu einem Szenario eines am AIDS-Paradigma sich aufrichtenden Populismus-von-rechts, der sich interklassistisch-„egalitär" geben könnte: Woher drohen Gefahren?

Eine verhängnisvolle Falle würde es für eine zivilgesellschaftlich orientierte Politik, käme es zu einer Aufstauung von halbaufgeklärtem Handlungsverlangen in der Bevölkerung. Für die Politiker könnte eine Zwickmühlenstruktur entstehen. Um jenem Druck ein Ventil zu verschaffen, müßten sie Maßnahmen ergreifen, die den Widerstand gegen ihn schwächt. Anwärter autoritärer Macht könnten jenes populistische Potential als Rammbock gegen die demokratischen Verfassungspositionen nutzen. Die von ihren Geschäftsfunktionen her notwendig aggressiveren Teile der Unternehmer könnten diese populistische Energie zu nützen versuchen, um die liberaleren Teile ihrer Klasse, die „Kulturbürger" der Zivilgesellschaft, auszuschalten. Zu rechnen wäre mit einer Mobilisierung der „schweigenden Mehrheit" (der suböffentlichen Teile) gegen die widerstrebenden Teile der Intellektuellen (die liberalen Abgeordneten, Gate-keepers in den Medien, Richter, Pfarrer, Lehrer etc.). Eine ruckartige Ausdehnung von Staatsaktivitäten wäre die Folge: Durchdringung, Durchregelung der Gesellschaft. Die ausspähenden, erfassenden, repressiven und administrativen Apparate aller Art würden sich ihrer zivilmoralisch begründeten Verfassungsfesseln entledigen. Der gewaltige Bedeutungszuwachs der Mediziner könnte sie geneigt machen, sich dieser Dynamik zur Verfügung zu stellen. Fundamentalistische Losungen eines „Zurück zu traditionellen Werten" könnten große Teile der christlichen Kirchen verführen, diesem Trend ihren Segen zu geben.

Schon jetzt zeichnen sich sozialmoralische Tendenzen ab, die Voraussetzungen einer jähen Mutation der Sozialmoral bilden könnten. Wenn H. Lübbe sagen kann, daß Krankheit noch nie zuvor eine derart individualmoralische Frage (weil Verfehlungsfolge) gewesen sei, so zeichnet sich ein Schub der Remoralisierung der „Gesundheit", also der Verpflichtung zu ihr ab, die eine Desolidarisierung mit den diese Pflicht Verfehlenden fördern wird. Den Hintergrund bildet die Vermehrung des Schuld- und Angstpotentials, der Untergangsstimmungen. Neue Lustangst, Projektionen, Lusthaß erwachsen daraus; sektiererische Fundamentalismen (AIDS als „Geißel Gottes" etc.) und Satanologien zehren davon; Formen der Selbstjustiz (also der „Selbsthilfe" gegen Gesundheitsfeinde, wo der Staat sich liberal zurückhält) nehmen zu. Die Tendenz zu erneuter „Zwangsverehelichung" des Sexuellen (Treuepflicht versus Ehebruch) geht einher mit neuen Formen der „Mediatisierung" des Sexuellen, seiner Vermittlung übers Videoimaginäre und so weiter.

Primär entscheidend ist natürlich die reale Eindämmung der AIDS-Ausbreitung und die Entwicklung medizinischer Gegenmittel. Aber die Funktion des Syphilisparadigmas in der Vorgeschichte der nazistischen Ausrottungspolitiken soll warnen: Die sozialmoralischen Reaktionsbildungen, an die sich wiederum alle erdenklichen Konflikt-, Angst- und Aggressionspotentiale „anlagern" können, dauern länger als die epidemiologisch faßbare Gefahr. Sie tendieren zur Verselbständigung. Lange nach der medizinischen Überwindung der Syphilis hielten sich in Mentalität und Common sense die irrationalen Verarbeitungsformen. Damit weder der AIDS-Ausnahmestaat wahr wird, noch eine spätere Mutation des Politischen ins Totalitäre, sollte die sekundäre AIDS-Gefahr mitbeobachtet werden. Insbesondere muß man die Ambivalenz des Moralisierungsschubs im Auge behalten. Eine sozialmoralische AIDS-Folgenabschätzung sollte daher im Maßnahmenkatalog einen Platz erhalten.

1.4 Lübbe: AIDS und Selbstbestimmung Über einige moralische Regeln des Umgangs mit AIDS-Tatsachen

Prozesse rechtlicher, sozialer und kultureller Modernisierung sind, unter anderem, Prozesse wachsender Bedeutung der Moral. Mit der Expansion der Freiheitsspielräume, die in modernen Gesellschaften den Bürgern, den Individuen aufgetan sind, werden diesen Individuen wie nie zuvor Kompetenzen selbstbestimmter, autonomer Lebensführung abverlangt. Damit gewinnen zugleich die Regeln autonomer Lebensführung („Moral") an Gewicht und Geltung. Anders ausgedrückt: Emanzipationsprozesse erweitern bis in Politik und Kultur hinein den Wirkungsbereich gelebter Moral und den Geltungsbereich ihrer Regeln.

Dieser elementare Zusammenhang läßt sich nicht zuletzt medizinkulturgeschichtlich plausibel machen. Nach Auskunft unserer Medizinhistoriker waren noch in den ersten einhundert Jahren der Geschichte der Industriegesellschaft, also bis tief ins 19. Jahrhundert hinein, die großen Infektionskrankheiten die mit Abstand wichtigsten Krankheiten zum Tode. Der überaus erfolgreiche Kampf medizinischer Wissenschaft und medizinischer Kunst hat, in Verbindung mit Verbesserungen der Hygiene, die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung in den Industriegesellschaften in zweihundert Jahren um mehr als das Doppelte anwachsen lassen. Vor allem auf diesem elementaren Faktum beruht, wohlbegründet, das spezifisch moderne Ansehen der Medizin und der Ärzteschaft. Die Erfolge der Medizin — und nicht etwa ihre Mißerfolge — sind es also, die uns heute, überwiegend, an Krankheiten eines ganz anderen Typus leiden und schließlich sterben lassen. Diese Krankheiten sind heute jedem Medienkonsumenten unter dem populären Namen der Zivilisationskrankheiten geläufig.

Dem Medienkonsumenten ist zumeist auch geläufig, daß die so genannten Zivilisationskrankheiten gesundheitskulturell eine ganz andere Charakteristik als die alten Infektionskrankheiten haben. Der Unterschied, den es macht, von diesen sozusagen modernen Massenkrankheiten betroffen oder verschont zu sein, hängt gewiß nicht allein, aber doch unter anderem wie nie zuvor von dem Unterschied ab, den es macht, wohlbekannten gesundheitsdienlichen Regeln zu folgen oder, auf der anderen Seite, ihnen nicht zu folgen. Sich das tägliche Glas zuviel zu gestatten oder das nicht zu tun, in der klassischen Tugend der Mäßigkeit erprobt zu sein oder nicht, sich selbstbestimmt die Lebensfreuden der Bewegung zu verschaffen oder, träge, dieses nicht zu tun —: Das macht hier den Unterschied. Das bedeutet: In der modernen Gesellschaft ist auch die Gesundheitskultur eine von gelingender

oder mißlingender Selbstbestimmung, also von moralischen Faktoren abhängige Kultur.

Der Heidelberger Medizinhistoriker Schipperges hat diesen elementaren medizinkulturgeschichtlichen Wandel der Dinge in die Kurzform eines mythischen Gleichnisses gekleidet: Von den beiden Töchtern des Asklepios, Panakea und Hygieia, gewinnt Hygieia, die für die Vorbeugung zuständig ist, lebenspraktisch ständig an Bedeutung — nicht, weil Panakea, die die Therapie repräsentiert, nichts mehr vermöchte, vielmehr genau umgekehrt deswegen, weil, nachdem Panakea so überaus erfolgreich war und immer noch ist, uns jetzt um so mehr bedrängt, was Hygieia ungleich leichter vorbeugend abwenden als Panakea im nachhinein heilen kann.

Um es zusammenfassend zu wiederholen: Auch und gerade gesundheitskulturell nimmt in modernen Gesellschaften die Bedeutung moralischer Faktoren zu. Je moderner, das heißt emanzipierter und selbstbestimmter wir leben, um so wichtiger wird die Moral.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Die mannigfachen sozialen und kulturellen, insbesondere auch familiären Voraussetzungen, von denen unsere moralische Selbstbestimmungsfähigkeit abhängt, sind nicht gleich verteilt, und sie lassen sich auch durch staatliche Maßnahmen nur sehr begrenzt gleichverteilt machen. Insofern ist richtig, daß moralisches Versagen, überhaupt moralische Inkompetenz seine Ursache in Umständen haben kann, deren Ungunst dem Individuum nicht ihrerseits als moralisches Versagen angelastet werden kann. Das ist jedem Erzieher vertraut, und auch im Strafrecht, zumal im Jugendstrafrecht, findet das seine Berücksichtigung. Nichtsdestoweniger läßt sich nicht schließen, daß moralisches Versagen immer und eo ipso den Verhältnissen anzulasten sei, unter denen das versagende Individuum lebt. Wenn man Emanzipationsprozesse befördern und damit die Freiheit der Bürger mehren will, muß man den Zuständigkeitsbereich moralischer Selbstbestimmung und damit auch der moralischen Verantwortlichkeiten so weit wie möglich ziehen. Je moderner wir leben, um so mehr, noch einmal, sind wir auf Moral angewiesen, und nur, wer der Moral auch etwas zutraut und somit im Versagensfall nicht immer sogleich irgendwelche objektiven Umstände alleinverantwortlich macht, bleibt auch als Beförderer von Emanzipationsprozessen glaubwürdig.

Es zeichnet den *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum Thema „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" aus, daß er von der Einsicht bestimmt und geleitet ist, daß die Bedeutung der Regeln selbstbestimmter Lebensführung („Moral") in spezifisch modernen sozialen und kulturellen Lebenszusammenhängen nicht etwa abnimmt, vielmehr ganz im Gegenteil zunimmt. Er ist überdies in wohltuender Weise von der Einsicht geleitet, daß lebensdienliche moralische Regeln verläßliche Kenntnis der Realität voraussetzen, auf die wir uns in unserem moralisch zu verantwortenden Handeln beziehen, daß Moral also Aufklärung verlangt, soweit erforderliche Kenntnis der Realität noch nicht verbreitet oder nur in verzerrender Gestalt vorhanden ist.

Auch die Geltung der Regeln selbstbestimmter Lebensführung einerseits und Aufklärung andererseits befinden sich nicht in einem Spannungsverhältnis zueinander. Das Gegenteil ist der Fall. Erst aufgeklärte Moral, die ihre Regeln auf der Höhe des erreichten Niveaus unseres Wissens bildet, ist lebensführungstaugliche und insofern nützliche Moral. Um das an einem trivialen, aber medizinkulturgeschichtlich fundamentalen Fall zu erläutern: Man mußte erst vermutet haben und schließlich wissen, daß nicht-sterile Umstände bislang üblicher Geburtshilfepraxis die Ursache des sich in Kliniken ausbreitenden Kindbettfiebers waren, bevor man die Vermeidung dieser Umstände zur ärztlichen Pflicht erheben konnte.

Das zitierte bekannte Exempel ist hier auch noch aus einem anderen Grund in Erinnerung gebracht worden. Es läßt erkennen, daß Fortschritte in der Bildung moralisch verbindlicher Regeln bis in die Moral unserer Berufspraxis hinein den Charakter der Anwendung alter, nämlich unveränderter Grundsätze auf eine Wirklichkeit haben, die sich entweder ihrerseits verändert hat oder in bezug auf die ein verändertes Wissen neuerdings zur Verfügung steht.

Auch für AIDS gilt das. Die Grundsätze der Moral, die auf die derzeit bekannten AIDS-Tatsachen in der Absicht einer diesen Tatsachen angemessenen Lebensführungsmoral anzuwenden sind, brauchen nicht erst erfunden zu werden. Es handelt sich um sehr alte, näherhin klassische, das heißt unbeschadet ihres Alters nicht veraltete Grundsätze. Es handelt sich um Grundsätze, die in ihren Erkenntnisvoraussetzungen trivial, in ihrer praktischen Bedeutung aber fundamental sind. Es sind überdies wohlbekannte Grundsätze und als Bestandteile unserer kulturellen Überlieferung Inhalt des moralischen Common sense. Es ist daher niemandem etwas Neues gesagt, wenn zwei dieser Grundsätze hier noch einmal ausdrücklich genannt werden, erstens nämlich der Grundsatz, daß jedermann moralisch verpflichtet sei, sich in der Ausübung seiner Selbstbestimmung an die Regeln zu binden, die sie mit der analog gebundenen Selbstbestimmungsfreiheit aller anderen vereinbar macht („Universalisierbarkeitsgrundsatz"), und zweitens der Grundsatz, daß jedermann moralisch verpflichtet sei, zu seinem Teil Hilfsbedürftigen jene Hilfen zukommen zu lassen, auf die er, als Hilfen anderer, im Falle eigener Hilfsbedürftigkeit seinerseits angewiesen wäre („Solidaritätsgrundsatz"). Es erübrigt sich hier, die Herkunft und auch unsere Gegenwartskultur bestimmende traditionale Mächtigkeit dieser Grundsätze durch historische Exkurse in Erinnerung zu rufen. Man mag sich an die Goldene Regel erinnern, an ihre alttestamentlich-negative Fassung einerseits und ihre neutestamentlich-positive Fassung andererseits. In beiderlei Fassung repräsentiert die Goldene Regel die Art und Weise, wie die beiden explizit formulierten Grundsätze im moralischen Gemeinsinn unverändert präsent und anerkannt sind.

In der Anwendung der fraglichen Grundsätze auf die AIDS-Tatsachen, so weit sie inzwischen bekannt sind, ergibt sich eine Fülle von Regeln, an die sich die Freiheit der Selbstbestimmung moralisch zu binden hat. Ich möchte einige wenige dieser Regeln plausibel machen. Ich beschränke mich dabei auf Regeln, die sich

auf die inzwischen manifest gewordene Tatsache beziehen, daß auch der heterosexuelle Verkehr als potentielle Infektionsquelle gelten muß. Überdies werde ich, in Anwendung der genannten Grundsätze auf bekannte AIDS-Tatsachen, vorzugsweise solche moralischen Regeln plausibel zu machen versuchen, die sich auf Tatbestände beziehen, die sich entweder gar nicht oder nur schwer oder nur mit geringer Wirksamkeit über die Moral hinaus auch strafrechtlich fassen ließen. Ich unterstelle dabei, daß das Strafrecht generell ein nur begrenzt leistungsfähiges Instrument der AIDS-Eindämmung darstellt, ja daß darüber hinaus auch administrative Maßnahmen mit Zwangscharakter lediglich subsidiär hilfreich sein können. Um es abgekürzt und mit Nachdruck zu sagen: Die Vorstellung ist absurd, daß wir uns vor der AIDS-Gefahr wirksam und durchgreifend durch Maßnahmen schützen könnten, für die der Staat zuständig ist. Der Hilferuf AIDS-Bedrohter kann nicht in erster Linie ein Ruf nach dem Staate sein. Er muß, vor allem, ein Aufruf zur Selbsthilfe werden.

AIDS-Infektion durch heterosexuellen Verkehr ist, wie bekannt, immer noch von relativ geringer Häufigkeit. Um so beunruhigender ist der Anstieg gerade dieser Häufigkeit — „gemäß US-Daten von 1% der AIDS-Fälle im Jahre 1982 auf 2,9% der AIDS-Fälle im Jahre 1988". Es ist kognitiv banal, daß mit dem radikalen Verzicht auf Promiskuität AIDS sich auf Wegen heterosexuellen Verkehrs nicht mehr ausbreiten könnte. Auf der Ebene geltender Alltagsmoral formuliert heißt das: Die Tugend der Treue, als wechselseitig geübte Tugend im partnerschaftlichen Geschlechtsverhältnis, schützt Gesunde insoweit zuverlässig vor AIDS-Infektion durch heterosexuellen Verkehr.

Nun ist es wahr, daß das moralische Treuegebot nicht auf der Effizienz der Treue als AIDS-Prophylaktikum beruht. Um welche Gründe es sich dabei handelt, bedarf hier keiner Erörterung. Sie gehören zu den jedermann bekannten Selbstverständlichkeiten unserer moralischen Überlieferung, und sie gehören auch zu den Voraussetzungen unseres Familienrechts. Daß dem moralischen Treuegebot in zahllosen Fällen, über deren quantitative Dimensionen man sich in der einschlägigen sozialwissenschaftlichen Literatur informieren mag, nicht nachgelebt wurde und wird, schränkt seine wohlbegründete Geltung nicht im mindesten ein. Mit der Geltung moralischer Normen steht es insoweit nicht anders als mit der Geltung strafrechtlicher Normen, die auch nicht durch das Faktum verbreiteter rechtswidriger Handlungen oder Unterlassungen in Frage gestellt wird, auf die sich diese Normen als Verbotsnormen beziehen. Insoweit verhält sich die Sache genau umgekehrt: Gerade die massenhafte Verbreitung von Verhaltensweisen, die Menschen in ihren originären Freiheiten und Rechten verletzen und sich damit auch auf ihre sozialen Interaktionen destruktiv auswirken, begründet die Nötigkeit der auf diese Handlungen sich beziehenden Verbotsnormen.

Das trifft, analog, auch für die Geltung moralischer Normen zu. Daß dem moralischen Treuegebot massenhaft mit destruktiven Wirkungen auf eheliche und sonstige Partnerschaftsverhältnisse zuwidergelebt wird, schwächt nicht die Geltung der Treueregel, sondern macht ihre Nötigkeit aus.

Noch einmal also: Das moralische Treuegebot hat seinen Vernunftgrund gewiß nicht darin, daß es, sofern ihm nachgelebt wird, zugleich als Ansteckungsverhütungsmittel wirksam ist. Nachweislich gibt es, zumal in Deutschland, Moralisten, nicht zuletzt Theologen, welche finden, der Respekt vor den eigentlichen Gründen des moralischen Treuegebots verbiete es, auf dieses Gebot zu verweisen, wenn anders man vor der Promiskuität als AIDS-Infektionsquelle warnen möchte. Indessen: Es ist nicht erkennbar, wieso es die Geltung eines wohlbegründeten moralischen Gebots beschädigen könnte, wenn man auf einen Nebennutzen verweist, der unter gegebenen Umständen mit seiner Beachtung verbunden ist. Man kann die Traditionen benennen, die es einem nicht zuletzt in Deutschland erschweren zu sagen, daß Moral eine überaus nützliche Sache ist. Die Tugend der Treue ist bekanntlich ein Medium der Lebensglücksmehrung der Partner, die sie üben, und es ist nicht erkennbar, wieso einem das einschlägige Glück vergällt werden könnte, wenn man darüber aufgeklärt wird, daß es überdies noch mit Vorzügen der Hygiene verbunden ist.

Gerade wer für die pragmatischen Lebensvorzüge der Moral offen ist, wird freilich nicht so lebensfremd sein zu vermeinen, daß die Erinnerung an diese Vorzüge genüge, sie jedermann suchen und finden zu lassen. Entsprechend schließt jede Moral eine Hilfsmoral für den Fall des Versagens der Primärmoral ein. Daß Promiskuität eine Infektionsquelle sei, weiß man nicht erst, seit es AIDS gibt. Entsprechend gibt es auch seit langem die hilfsmoralische Verpflichtung, bei Treuebrüchen, also in Fällen gelebter Promiskuität, sich selbst und seinen Partner, sei es durch Beschaffung geeigneten Wissens, sei es durch sonstige Mittel vor Ansteckung zu schützen. Kondome gehören zu den bekanntesten einschlägigen, freilich nicht hundertprozentig sicheren Mitteln. Sie werden entsprechend auch aus diesem Grund neuerdings wieder viel benutzt, und die Werbung stellt darauf ab.

Man erkennt leicht, daß zwischen der moralischen Verpflichtung zur Treue und der hilfsmoralischen Kondomanlegepflicht für den Fall der Verletzung der erstgenannten Pflicht gar kein Widerspruch besteht. Ihre pragmatische Passung ist vielmehr vollkommen und dem Ernst der AIDS-Tatsachen, so weit sie die Promiskuität als Infektionsquelle betreffen, angemessen. Es ist der Pragmatismus in diesem Zuordnungsverhältnis von moralischen und hilfsmoralischen Regeln, der es erlaubt, das auch in Aktionen gesundheitspolitischer Aufklärung umzusetzen. Ein musterhaftes Beispiel dessen wären jene überall in der Schweiz verbreiteten, monochrom blau grundierten Großplakate, die nichts als eine aus zwei Imperativen bestehende Mahnung enthalten. An erster Stelle wird, wie es dem erläuterten Zuordnungsverhältnis von Moral und Hilfsmoral entspricht, die Treue in ihrer Nebenrolle als AIDS-Prophylaxe in Erinnerung gebracht, also in Schwyzerdütsch „Bliib treu!" Da man unbeschadet der Geltung der so in ihrem Nebennutzen in Erinnerung gebrachten moralischen Regel weiß, wie es in der Welt zugeht, folgt dann in einem

zweiten Satz die Mahnung „Stop AIDS!", wobei das O in „Stop" zur Verdeutlichung des hilfsmoralischen Sinns dieser Mahnung als aufgerollter Kondom unübersehbar ins Bild gebracht wird.

Es wäre eine eigene Studie wert, wieso in Deutschland nachweislich eine Scheu verbreitet ist, erläuterungsbedürftige Regeln gemeinsinnserprobter Moral gerade auch im Zusammenhang der AIDS-Eindämmung öffentlich in Erinnerung zu bringen. Um es anzudeuten: Spätemanzipierte neigen zu beflissenheitsbedingten Emanzipationsmißverständnissen. Aus gutem Grund sind etliche zentrale Lebensverhältnisse aus dem Sanktionsschutz des Strafrechts entlassen worden; auch für die eheliche Treue, deren Bruch einmal strafrechtsgeschichtlich unter bestimmten Randbedingungen strafbar war, gilt das. Heißt das, daß damit Verhaltensweisen, die neuerdings exklusiv der moralischen Selbstbestimmung anheimgegeben und in genau diesem Sinne emanzipiert sind, damit den Charakter empfehlenswerter Verhaltensweisen erlangt haben? Wäre, wer unbeschadet des rein moralischen Charakters der Treuepflicht treu bleibt, eben damit als emanzipationsbehindertes Individuum erwiesen? Oder werden, umgekehrt, Emanzipationsprozesse behindert, wenn man an moralische Pflichten erinnert, die nach ihrer rechtlichen Emanzipation eben nichts als moralische Pflichten sind? Es gibt in der AIDS-Debatte in Deutschland eine Moralscheu, hinter der man das skizzierte Mißverständnis vermuten darf. In Wahrheit haben Emanzipationsprozesse den genau entgegengesetzten Charakter: Je weiter sich emanzipationsabhängig die Lebensbereiche ausdehnen, die einzig unserer Selbstbestimmung überantwortet sind, um so nötiger wird die Moral, an deren Regeln wir uns bei Strafe unserer und unserer Partner Lebensglücksminderung zu binden haben.

Ersichtlich ist es diese Selbstverständlichkeit, die sich in dem zitierten Plakat der Schweizer Anti-AIDS-Aufklärungskampagne zum Ausdruck bringt, und auch auf die Umstände, unter denen ein solches Plakat, wie bei uns, schwerlich denkbar wäre, läßt sich daraus schließen.

Eine ganz andere Frage ist, wie man die faktorielle Bedeutung der auf dem zitierten Schweizer Plakat aufscheinenden moralischen Treuepflicht einerseits und der hilfsmoralischen Schutzpflicht andererseits für die Eindämmung der promiskuitätsbedingten AIDS-Infektion einzuschätzen hat. Diese Frage ist keine moralische Frage, vielmehr eine empirische Frage. Unser einschlägiges Wissen ist rudimentär. Eben deswegen wäre es leichtfertig, die faktische Rolle gelebter gemeiner Moral für die Eindämmung der AIDS-Ausbreitung als gering einzuschätzen. Es ist bekannt genug, daß der Geschäftszweig der Prostitution sich zumindest zeitweise rückläufig entwickelt hat, und sogar ordnungsgemäß geführte Bordellbetriebe hatten Umsatzeinbußen zu verzeichnen. Das ließe sich auch quantifizieren, und Änderungen moralwidriger Verhaltensweisen sind somit nachweisbar. Und wenn damit auch der Beweis rückläufiger Promiskuität nicht erbracht wäre, so hätte sie sich doch insoweit partiell aus Sozialmilieus zurückgezogen, innerhalb derer Promiskuität infektionsträchtiger als in anderen Sozialmilieus ist. So oder so besteht kein Anlaß, die faktorielle Bedeutung der Beachtung von Regeln gemeiner Moral, im Vergleich zur faktoriellen Bedeutung der Beachtung erläuterter hilfsmoralischer Regeln, von vornherein als gering einzuschätzen.

Sollte sich, derzeitigen Trends entsprechend, AIDS über heterosexuelle Infektion auch weiterhin ausbreiten, so wächst entsprechend die Wahrscheinlichkeit, daß sich infiziert, wer sich an die erläuterten moralischen oder hilfsmoralischen Regeln nicht hält. In diesem Fall tritt in Anwendung des eingangs genannten Grundsatzes, daß Rechte selbstbestimmter Lebensführung stets auf die Bedingungen ihrer Universalisierbarkeit eingeschränkt bleiben, eine weitere moralische Verpflichtung ein, nämlich die, sich davon Kenntnis zu verschaffen, ob man für seinen Partner bereits selber eine Infektionsgefahr darstelle oder nicht. Der außerordentliche Belastungscharakter des Wissens, AIDS-infiziert zu sein, ist bekannt, und es ist auch bekannt, daß Individuen unter der Last dieses Wissens bis hin zum Suizid zusammengebrochen sind. Insofern gilt auch und gerade in diesem Fall, daß niemand einer Verpflichtung zur uneingeschränkten Selbstaufklärung unterworfen werden kann. Das Recht, sich vor sich selbst unter einem ungelüfteten Schleier des Unwissens über sich selbst zu verbergen, gilt freilich nur, sofern durch die Verhaltens- und Handlungskonsequenzen dieses Unwissens niemand gefährdet wird. Besteht eine solche Gefährdung, so kann die Person, von der die Gefährdung ausgeht, insoweit ein Recht, über sich selbst unaufgeklärt zu bleiben, nicht geltend machen. Kein Lehrer könnte sich doch, zum Beispiel, auf ein Recht zum Selbstaufklärungsverzicht berufen, wenn anders er durch die offene Tuberkulose, die auf diese Weise ihm in ihren Anfangsstadien verborgen bliebe, seine Schulkinder gefährdete. Für den AIDS-Fall gilt Analoges.

Nach der bislang bekannten Natur der einschlägigen Infektion dürfte wohl, wenn man Gründe hat, sich mit einer ungewissen Wahrscheinlichkeit als infiziert zu vermuten, gegen den Wunsch, über seinen eigenen tatsächlichen Zustand unaufgeklärt zu bleiben, auch in moralischer Hinsicht kein Einwand zu erheben sein. Die Voraussetzung dessen ist freilich der strikte Verzicht auf alle Handlungen, die man, wenn man von ihrer die Rechte anderer potentiell verletzenden Wirkung wüßte, aus zwingenden moralischen, ja rechtlichen Gründen ohnehin zu unterlassen hätte. Es bedarf doch keiner Erläuterung, daß sexuelle Betätigungen, durch die wissentlich Rechte anderer, in diesem Falle das Recht körperlicher Unversehrtheit, in folgenschwerer Weise beeinträchtigt sein würden, durch das Recht auf selbstbestimmte Lebensführung und auf freie Entfaltung der Persönlichkeit nicht gedeckt sind. Es besteht insoweit nicht einmal ein Konflikt zwischen dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und dem Rechtsanspruch Dritter, nicht Opfer von Handlungen anderer zu sein, die den auch strafrechtlich sanktionierten Tatbestand des Versuchs schwerer Körperverletzung erfüllen. Es besteht hier insofern auch gar nicht das Problem, konkurrierende Lebensansprüche irgendwie zum Ausgleich zu bringen. Das Problem besteht deswegen nicht, weil, von der rechtlichen Seite der Sache ganz abgesehen, ein moralischer Anspruch auf selbstbestimmte Lebens-

weisen, die wissentlich und vermeidbar andere in ihrer körperlichen Unversehrtheit beschädigen könnten, überhaupt inexistent ist.

Moralisch absurd wäre es schließlich, wenn man, als ein nach Lage der Dinge mit relevanter Wahrscheinlichkeit potentiell Infizierter, das grundsätzlich unbestrittene Recht zum Verzicht auf Selbstaufklärung in der Absicht in Anspruch nähme, sich auf diese Weise den moralischen und rechtlichen Verantwortlichkeiten zu entziehen, denen man unterläge, wenn man wüßte, was man tut. Die Inanspruchnahme eines Rechts auf freie Selbstentfaltung unter dem Schleier eines wissentlich konservierten Unwissens in der Spekulation auf die vermeintlichen Entschuldigungswirkungen solchen Unwissens für rechtswidrige Handlungen ist moralisch unzulässig.

Was unser Verhalten zu AIDS-Infizierten, gar Erkrankten anbetrifft, so hat es sich moralisch an dem eingangs genannten Solidaritätsgrundsatz zu orientieren: Jedermann ist im Rahmen seiner Möglichkeiten verpflichtet, Hilfsbedürftigen diejenige Hilfe zuzuwenden, auf die er im Falle analoger eigener Hilfsbedürftigkeit selbst angewiesen wäre. Die Sorge, daß im AIDS-Fall Infizierte, gar Erkrankte aus dem Geltungsbereich dieses Grundsatzes ausgegrenzt werden könnten, ist unbegründet. Wie erklärt sich, daß nichtsdestoweniger diese Sorge immer wieder laut wird? Es erklärt sich aus der Tatsache, daß an der Ausbreitung von AIDS moralische Faktoren beteiligt sind. Eben das ist es, was, gänzlich zu Recht, auch den eindrucksvollen *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung" in betonter Weise auf die Bedeutung aufgeklärter Selbstbestimmung setzen läßt. Das heißt aber anzuerkennen, daß auch im Falle heterosexuell bedingter Ausbreitung von AIDS — um nur bei dieser zu bleiben — diese Ausbreitung zu einem ungewissen Anteil über Verhaltensweisen und Handlungen läuft, die unter der Bedingung der bekannten AIDS-Tatsachen den Charakter von Verstößen gegen die erläuterten moralischen Regeln haben. Die Sorge scheint nun zu sein, daß AIDS-Infizierten, ja Erkrankten die moralisch zwingend gebotene Solidarität verweigert wird, sofern man glaubt, vorwerfbare Verhaltensweisen, Handlungen oder Unterlassungen unterstellen zu dürfen. Dem gegenüber ist daran zu erinnern, daß sich die moralische Verpflichtung zur solidarischen Hilfe gegenüber Hilfsbedürftigen zur moralischen Qualität vermuteter oder auch tatsächlicher Handlungs- oder Unterlassungsursachen ihrer Hilfsbedürftigkeit vollkommen indifferent verhält. Je freier sich das Leben der Individuen und Gruppen in einer modernen, emanzipierten Gesellschaft entfaltet, um so mehr hängt es von der Beachtung oder Nichtbeachtung der Regeln selbstbestimmter Lebensführung („Moral") ab, ob und wie diese selbstbestimmte Lebensführung gelingt oder auch mißlingt. Mißlingt sie und treten Hilfsbedürftigkeiten ein, so gilt, noch einmal, der Solidaritätsgrundsatz vollständig unabhängig von den selbstbestimmungsbedingten Faktoren solchen Mißlingens.

Der Grundsatz der Solidarität, der vor allem in der katholischen Soziallehre in seinen sozialordnungspolitischen Konsequenzen ausgearbeitet worden ist, hat sich inzwischen überall als ein Grundsatz von elementarer moralischer und sozialer Bedeutung Geltung verschafft — bis in die Grundsatzdeklarationen der Parteien hinein. Diese außerordentliche Bedeutung des Solidaritätsgrundsatzes verlangt es, ihn auch im Zusammenhang der Erörterungen der Fälligkeiten inzwischen bekannter AIDS-Tatsachen in seiner Geltung unbeschädigt zu halten, und die erläuterte Indifferenz solidarischer Hilfsverpflichtungen gegenüber der moralischen Qualität selbstbestimmt gesetzter Ursachen gegebener Hilfsbedürftigkeiten ist dabei von besonderer Wichtigkeit. Nicht minder wichtig ist freilich, festzuhalten, daß dabei die Solidaritätsverpflichtung sich auf die Hilfsbedürftigkeit und nicht etwa auf ihre in Einzelfällen gegebenen Ursachen in selbstbestimmten, aber moralisch unverantwortlichen Lebensweisen bezieht. Nichts wäre geeigneter, die Solidaritätsbereitschaft der Menschen zu beeinträchtigen, als die Insinuation, mit der moralischen Verpflichtung zur Hilfeleistung sei zugleich eine Verpflichtung zur Anerkennung des Rechts zu denjenigen selbstbestimmten Verhaltensweisen zu verbinden, die in Einzelfällen die erkennbare Ursache der Hilfsbedürftigkeit sind.

Auch in diesem Zusammenhang stellt sich noch einmal die Frage des Rechts auf Unaufgeklärtheit. Wer zur Hilfe verpflichtet ist, ist in der Konsequenz dessen banalerweise auch zur Organisation und Kalkulation der benötigten Hilfsmittel verpflichtet. Entsprechend wirkt der inzwischen an die Öffentlichkeit gelangte Vorschlag eines Verbots einer Kostenkalkulation benötigter Hilfen befremdlich. Noch befremdlicher wird dieser Vorschlag, wenn er mit der historischen Tatsache begründet wird, daß die Diktatur der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei die Kosten der Hilfe, die Hilfsbedürftigen zuzuwenden war, propagandistisch zur Vorbereitung der Liquidation dieser Hilfsbedürftigen ausgeschlachtet hat. Wer aus diesem Grund heute Aufklärungsverbote über Hilfskosten verhängen möchte, unterstellt denjenigen, die sich um die solidarische Bereitstellung kostenträchtiger benötigter Hilfen bemühen, analoge Orientierungen. Diese instrumentelle Nutzung nationalsozialistischer Rassenhygienepolitik zur Abwehr naheliegender Zweckmäßigkeiten im Zusammenhang fälliger solidarischer Hilfen gegenüber AIDS-Infizierten und AIDS-Erkrankten hat ersichtlich Diffamierungscharakter. Sie kann schon aus diesem moralischen Grund zurückgewiesen werden.

Vollends abwegig ist die Erwägung, die Regeln der Sexualmoral, also auch die Regeln, die die Moral heterosexueller Beziehungen betreffen, hätten überhaupt keine generalisierbaren Gehalte und unterlägen gänzlich individueller oder gruppenspezifischer Geltung im Rahmen einer pluralistischen Kultur. Dieser Einfall beruht auf einer grundlegenden Verkennung des kulturellen und politischen Pluralismus, der moderne Gesellschaften in der Tat kennzeichnet. Es ist wahr: Modernisierungsprozesse lassen sich, nicht zuletzt, als Prozesse fortschreitender Ausweitung derjenigen Lebensbereiche charakterisieren, die wir nicht zur Disposition politischer Zentralgewalten, des Staates also, gestellt wissen möchten, die daher auch nicht politischen Mehrheitsentscheidungen unterliegen können und die sich in genau diesem Sinne auch nicht

demokratisieren lassen. Die Geschichte der Bürger- und Menschenrechte ist nichts anderes als die Geschichte der Ausweitung derjenigen Lebensbereiche, in denen wir entsprechend selbstbestimmt leben möchten. Ersichtlich hebt das aber unsere Angewiesenheit auf generelle Verbindlichkeiten nicht im mindesten auf. Die erwähnten Bürger- und Menschenrechte repräsentieren ihrerseits Geltungsansprüche von universeller, und zwar ganz besonders rigoroser Verbindlichkeit. Verallgemeinert heißt das: Je mehr wir im Kontext moderner Gesellschaften in der Tat unserer Selbstbestimmung überantwortet sind, um so mehr sind wir zugleich auf die strikte, und zwar universelle Geltung derjenigen Regeln angewiesen, die uns in unseren Selbstbestimmungsrechten sichern. Das gilt juridisch wie moralisch. Das bedeutet, exemplarisch gesprochen, daß eine Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages in der Tat nicht die geringste Zuständigkeit hätte, sich um die mannigfachen Formen einer pluralistischen Sexualmoral zu kümmern, die frei ist, weil sie mit der analogen Freiheit anderer kompatibel ist. Soweit diese Kompatibilität nicht gegeben ist, ist sie durch Orientierung an denjenigen Regeln, die die Freiheit eines jeden mit der analogen Freiheit eines jeden anderen verbindbar machen, wiederherzustellen. Nur von solchen Regeln war hier die Rede.

1.5 von Uexküll: Vier Thesen zum Thema AIDS und Ethik

Ich spreche nicht als Philosoph und nicht als Theoretiker der Ethik, sondern als Mediziner und Arzt, der sich aber bemüht zu reflektieren, was er als Arzt tut und warum er es tut. Und dabei liegt mir eine kritische Würdigung dessen, was wir biologische Zusammenhänge nennen, besonders am Herzen. Damit hängt auch mein Bedenken vor der Überschätzung der Macht menschlicher Rationalität und der rationalen Entscheidungsmöglichkeit des Menschen in bezug auf das Solidaritätsgebot zusammen.

Aussagen über Ethik bedürfen einer erkenntnistheoretischen Fundierung, sonst fehlt ihnen ein verbindliches Fundament für die Diskussion. Das erkenntnistheoretische Konzept, von dem ich ausgehe, stellt den Zusammenbruch der objektivistischen Lehren in Rechnung. Es nimmt an, daß Erkennen auf einer Bedeutungserteilung durch den Menschen beruht, daß sich die Kriterien seiner Bedeutungserteilung unter dem Aspekt der Bedeutungsverwertung — das heißt, des Handelns — bewähren müssen, und daß Handlungen zwischen Menschen stattfinden.

Menschen tragen für sich, für den oder die anderen und für die Handlungen, an denen sie beteiligt sind, mindestens in dem Sinn Verantwortung, daß Handlungen Gesundheit vermehren sollen und nicht vermindern dürfen. Aus solchen Zusammenhängen entspringen die für uns begreiflichen moralischen Verhältnisse des Menschen gegen den Menschen, auf die sich, wie Kant es formuliert hat, Ethik beschränkt. Daraus ergibt sich die moralische Grundlage der Medizin und die erkenntnistheoretische Bedeutung ihres Gesundheitskonzepts. Ich will mein Votum daher in Form von vier Thesen zu dem Begriff „Gesundheit" vortragen.

Erste These: Sie ist in einem Zitat von Viktor von Weizsäcker aus dem Jahre 1955 formuliert: „Gesundheit ist kein Kapital, das man aufzehren kann. Gesundheit ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie ständig erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank."

Begründung: Antonowski hat für „Erzeugung von Gesundheit" den Terminus „Salutogenese" geprägt und ihn dem Begriff der „Pathogenese" gegenübergestellt. Der Begriff der „Pathogenese" wurzelt noch in den Vorstellungen der Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts. Er setzt Gesundheit unreflektiert voraus und verführt zu einer Betrachtungsweise, die sich auf den Organismus und bei diesem auf die mechanisch erklärbaren Zusammenhänge beschränkt.

Dadurch wird die Bedeutung der psychischen und sozialen Zusammenhänge für die Salutogenese ignoriert. Der Begriff Salutogenese in dem eben definierten Sinn formuliert demgegenüber die Einsicht der modernen Biologie, daß lebende Systeme autopoietische, das heißt sich selbst aufbauende, selbst organisierende Systeme sind, die auf den verschiedenen Integrationsebenen ständig Teile ihrer Umgebung in ihren Bestand aufnehmen und nicht mehr brauchbare Elemente ausscheiden.

These zwei: Gesundheit und Krankheit sind daher nicht Angelegenheit des Organismus, auch nicht des Individuums allein. Sie sind Ausdruck der Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umgebung auf einer biologischen, einer psychischen und einer sozialen Integrationsebene. Auf jeder dieser Ebenen setzen Leistungen des Organismus und Rollen des Individuums Gegenleistungen der Umgebung und Gegenrollen der mitmenschlichen Umgebung voraus.

Begründung: Jede Leistung bedarf einer Gegenleistung und jede Rolle einer Gegenrolle, wenn Interaktion zustande kommen soll. So bedürfen zum Beispiel auf einer biologischen Integrationsebene die Leistungen Atmung und Stoffwechsel des Organismus der Gegenleistung Luftzufuhr und Nahrungsangebot der Umgebung.

Auf einer psychischen und sozialen Integrationsebene bedürfen zum Beispiel Rollen wie „Sprechen" und „Nehmen" des Individuums der Gegenrollen „Zuhören" und „Geben" des Interaktionspartners.

These drei: Gesundheit und Krankheit sind keine Gegensätze in dem Sinne, daß Gesundheit Krankheit und Krankheit Gesundheit ausschließen würden. Sie bezeichnen polare Endpunkte eines Kontinuums, auf dem sich jeder Mensch während seines ganzen Lebens hin und her bewegt. Auch der unheilbar Kranke am äußersten Ende dieses Kontinuums verfügt noch über salutogenesische Potenzen, die es zu fördern gilt, solange es angängig ist.

Begründung: Antonowski stellt fest: „Zu jedem Zeitpunkt kann mindestens ein Drittel, möglicherweise mehr als die Hälfte der Bevölkerung jeder Industrienation aufgrund des einleuchtenden Parameters eines pathologischen Merkmals als krank bezeichnet werden. Das zeigt, daß Krankheit keine relativ seltene

Abweichung von irgendeiner Norm, sondern ein ubiquitäres Phänomen ist."

Man kann diese Tatsache unter zwei Gesichtspunkten betrachten. Die pathogenetische Betrachtungsweise muß erklären, warum Menschen krank werden, warum sie eines ihrer Krankheitsmerkmale erworben haben. Die salutogenesische Betrachtung konzentriert sich auf die Entstehung von Gesundheit und stellt die radikal andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheitskontinuums? Oder warum bewegen sie sich in Richtung auf den Gesundheitspol, wo immer ihre Position sich zu einem gegebenen Zeitpunkt auch befunden haben mag?

Diese Frage hat unmittelbar praktische Konsequenzen zum Beispiel für den Begriff der Rehabilitation, der auch in unserem Zusammenhang eine Rolle spielt.

These vier: Ein entscheidendes Kriterium für unser Erleben von Gesundheit ist das Gefühl von Autonomie. Dieses Gefühl ist auf selbstverborgene Weise zugleich ein soziales Regulativ.

Begründung: Christian und Haas haben ein Modell der Bipersonalität entwickelt, das die Bedeutung der Verknüpfung somatischer, psychischer und sozialer Vorgänge in der Produktion von Gesundheit durchsichtiger macht.

Durch eine subtile Analyse des Verhaltens und Erlebens von zwei Menschen während einer gemeinschaftlichen Arbeit, nämlich des Sägens von einem Stück Holz, konnten sie feststellen, daß ein Erleben von Autonomie die harmonische Ergänzung ihrer Leistung durch die Gegenleistung des Partners voraussetzt.

Sie schreiben: „Wenn beide Partner sich auf dem Höhepunkt der Zusammenarbeit höchst selbständig erleben, zeigt die Analyse der objektiven Anteile des Arbeitsgangs, daß beide objektiv in strenger Gegenseitigkeit der Abläufe verbunden sind."

Das subjektive Erlebnis freier Selbständigkeit wird also nur gewonnen, wenn objektiv die Gegenseitigkeit des Tuns erreicht ist. Sie fügen hinzu: „Diese freie Selbständigkeit des einzelnen beruht auf einer dem einzelnen verborgenen komplementären Beziehung. Umgekehrt wird jede Disharmonie, jede Störung der Qualität „Zusammen" als Störung der autonomen Verfügbarkeit über die eigenen Kräfte und das Ausbleiben einer erwarteten Gegenleistung, unter Umständen sogar als Lähmung erlebt."

Das Modell, das sich daraus ableitet, macht die Interdependenzen von individuellem Handeln und Unterstützung durch die Gemeinschaft auch unter gesundheitlichen Aspekten durchsichtiger. Es zeigt, daß Gesundheit als Gefühl der Autonomie und Leistungsfähigkeit gleichzeitig ein Indikator für soziale Integration in dem Sinn ist, daß man sich, ohne darüber nachdenken zu müssen, auf die Gegenleistungen und Gegenrollen der Umgebung verlassen kann.

Das läßt uns verstehen, wie es möglich ist, daß chronisch Behinderte bei entsprechenden Gegenleistungen der Umgebung Autonomie und Gesundheit trotz ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen erleben.

Für das Problem AIDS folgt daraus die Bedeutung des Grundsatzes der Solidargemeinschaft gegenüber Kranken und Hilfsbedürftigen. Diese Bedeutung wird, wie schon angedeutet, in dem Begriff „Rehabilitation" konkret. Denn Rehabilitation besagt letzten Endes: Leistungsdefekte durch Gegenleistungen der Umgebung kompensieren und dadurch eine blokkierte Salutogenese überwinden.

Ein Gegenbeispiel ist die durch viele eindrucksvolle Untersuchungen belegte Tatsache, daß gestörte soziale Integration — zum Beispiel durch Objektverlust, Tod eines Partners oder sozialen Abstieg, Arbeitslosigkeit usw. — durch den Ausfall wichtiger Gegenleistungen der Umgebung die Salutogenese blockiert und zu erhöhter Morbidität und Mortalität führt.

Soweit meine Thesen zu dem Begriff „Gesundheit". In einem Satz zusammengefaßt, sagen sie: Erzeugung von Gesundheit, Autonomie und Selbstverwirklichung eines Menschen sind auf eine ihm verborgene Weise zugleich Erzeugung von Gesundheit, Autonomie und Selbstverwirklichung eines anderen.

Für das Problem der Ethik folgt aus dieser Feststellung ganz allgemein ein Prinzip gegenseitiger Verantwortung für unser Handeln, das in einer realistischen, das heißt durchaus unsentimentalen Weise in dem „Tat quam asi" der Upanischaden — „Das bist du" — und dem „Liebe deinen Nächsten wie dich selbst" der christlichen Lehre ausgedrückt ist.

Für das Problem der Ethik in der Medizin — als Wissenschaft der Salutogenese des Menschen — folgt aus diesen Thesen, daß Störungen in den Beziehungen des Individuums zu seiner psychosozialen Umgebung ebenso ernst genommen werden müssen wie Störungen in den Beziehungen des Organismus zu seiner biologischen Umgebung.

Der Arzt hat daher die Aufgabe, über Gegenleistungen und Gegenrollen der Umgebung eines Kranken als eines Menschen zu wachen, dessen Leistungen und Rollen den salutogenesischen Prozeß nicht mehr aufrechterhalten können.

Als Teil der Umgebung des Kranken muß der Arzt deren Gegenleistungen und Gegenrollen zeitweise selbst übernehmen. Das verbietet ihm, den diagnostischen und therapeutischen Prozeß in der Weise zu trennen, wie es die objektivistische, biotechnische Medizin verlangt. Ihre Forderung, am Objekt Patient müsse zuerst der Krankheitsprozeß diagnostiziert sein, ehe die Therapie beginnen dürfe, ist nur für solche Bereiche des Menschen sinnvoll und durchführbar, die sich tatsächlich objektivieren lassen.

So kann zum Beispiel ein Karzinom erst operativ entfernt werden, nachdem es genau lokalisiert ist. Sobald es jedoch nicht vollständig entfernt werden konnte und möglicherweise allmählich weiterwächst, müssen Diagnose und Therapie als diagnostisch-therapeutischer Zirkel unter Umständen bis zum Lebensende des Patienten rückgekoppelt bleiben.

Der Arzt muß sich fragen: Welche Organe sind bereits — und wie stark — von der Krankheit befallen? Wie

widerstandsfähig ist der Patient noch? Welche diagnostischen und therapeutischen Eingriffe kann er ungefährdet vertragen? Wie können sein Leben und seine Leistungsfähigkeit verlängert werden? Und wie kann sein Leiden vermindert werden? Was bedeutet sein Leiden für ihn? Kann er es sinnvoll verarbeiten, das heißt: vielleicht doch noch in einen salutogenesischen Prozeß einbeziehen?

All das sind diagnostische Fragen, die dem Arzt Handlungsanweisungen geben. Bricht man den diagnostischen Prozeß etwa mit der Feststellung „inoperables Karzinom" ab, so bricht man auch den therapeutischen Prozeß ab und überläßt den Patienten sich selber, dem Schicksal und irgendwelchen mehr oder weniger mitfühlenden Pflegepersonen.

Dieses Zerbrechen des diagnostisch-therapeutischen Zirkels und seine Folgen für den Kranken kann man in manchen Kliniken und Facharztpraxen sehr genau studieren. Die Konsequenzen, die sich daraus für die Verpflichtung der Gesellschaft auch AIDS-Kranken gegenüber ergeben, liegen auf der Hand.

Die aufgezeigten Interdependenzen zwischen individuellem Handeln und gesellschaftlichen Belangen werden noch deutlicher, wenn man sich klarmacht, daß jeder Mensch in einer letztlich nur ihm selbst zugänglichen individuellen Wirklichkeit lebt. Wollen wir etwas über einen anderen Menschen erfahren oder ihm etwas mitteilen, so müssen wir mit ihm wenigstens partiell eine gemeinsame Wirklichkeit aufbauen. Darauf beruht auch letzten Endes das Solidaritätsprinzip.

Diese Forderung gilt in besonderer Weise für den Arzt. Nur wenn der Arzt bereit und in der Lage ist, mit dem Kranken eine gemeinsame Wirklichkeit aufzubauen, kann er entscheiden, welche Krankheitsfaktoren auf Störungen seiner individuellen Wirklichkeit beruhen, ob diese psychosomatisch zu körperlichen Störungen geführt haben und/oder ob und wieweit die individuelle Wirklichkeit des Kranken somatopsychisch aufgrund somatischer Prozesse verändert ist.

Seine Entscheidungen zwischen verschiedenen diagnostischen Möglichkeiten oder sein Entschluß für oder gegen einen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff setzen Informationen über das Wirklichkeitserleben des Kranken voraus. Die Kenntnis der individuellen Wirklichkeit des Kranken ist unabdingbare Voraussetzung für eine dem Fassungsvermögen und der emotionalen Belastbarkeit des Kranken angepaßte, möglichst vollständige Aufklärung. Erst sie setzt den Patienten in die Lage, Entscheidungen, die sein Leben und sein Wohl betreffen, selber zu fällen.

Nur auf diese Weise wird es möglich, einen auch juristisch geforderten „informed consent" und nicht, wie es gewöhnlich der Fall ist, den „confused consent" eines verwirrten und verängstigten Patienten zu erlangen.

Diese Überlegungen zeigen die Notwendigkeit, den Begriff „Scharlatan" neu zu definieren. Bisher wurde ein Arzt als Scharlatan bezeichnet, der sich nicht an die Regeln der biotechnischen Medizin hielt. Heute müssen wir einen Arzt einen Scharlatan nennen, der ohne Kenntnis der individuellen Wirklichkeit seiner Patienten und ohne ausreichende Information über eventuelle Folgen medizinischer Maßnahmen für deren individuelle Wirklichkeiten „wissenschaftlich anerkannte" Heil- und Operationsverfahren zur Anwendung bringt.

Auf diesem Hintergrund will ich versuchen, zu einigen Fragen der Kommission Stellung zu nehmen. Zuerst zur Frage „Ethik und staatliches Handeln": Unter einem ethischen Minimum würde ich den Verzicht der Gesellschaft nicht nur auf die Todesstrafe, sondern auch auf die soziale Todesstrafe verstehen, die, wie epidemiologische Untersuchungen zweifelsfrei nachweisen, in vielen Fällen den biologischen Tod nach sich zieht.

In diesem Zusammenhang muß man aber folgendes ganz klar sehen. Der Grundsatz der Solidarität gegenüber Kranken und Hilfsbedürftigen ist zwar allgemein anerkannt — nicht nur von den Kirchen, sondern, wie wir gehört haben, auch durch Grundsatzerklärungen der politischen Parteien —, aber diese allgemeine Anerkennung ist in Wahrheit ein Lippenbekenntnis.

Wie die Realität aussieht, zeigt sich eindrucksvoll und in erschreckender Weise bereits in der Einstellung der Bevölkerung Krebskranken gegenüber. Wir brauchen nicht auf das Syphilisparadigma zurückzugreifen. Wir brauchen uns nur genauer anzusehen, wie sich die Bevölkerung Krebskranken gegenüber verhält. Hier fehlt den Tendenzen, Kranke durch Ablehnung und Verweigerung menschlicher Kontakte auszugrenzen, jede rationale Begründung. Weder Angst vor Ansteckung noch moralische Argumente haben ein Fundament, das verstandesmäßigen Gründen standhält. Die Ausgrenzung des unheilbar Kranken aus der Solidargemeinschaft hat irrationale Gründe, aber nichtsdestoweniger erschreckend reale Folgen.

Diese Gefahr ist natürlich bei HIV-Positiven und AIDS-Kranken deshalb so besonders groß, weil hier sowohl Angst vor Ansteckung wie das moralische Urteil rationale Argumente für die irrationalen Tendenzen hergeben. Und da niemand von solchen irrationalen Tendenzen frei ist, muß sich jeder sehr kritisch prüfen, ob Urteile oder Empfehlungen, die er für den Umgang mit dem Problem der HIV-Infektion abgibt, nicht insgeheim von solchen Tendenzen beeinflußt sind.

Wir haben alle einen unmenschlichen Kern in uns, den wir nach außen verlagern, auf Sündenböcke projizieren. Es gibt auch eine Solidarität des Bösen. Und hier scheint mir das eigentliche Problem der Ethik überhaupt — und insbesondere das Problem „Ethik und AIDS" — zu liegen. Hier liegen auch die realen Probleme für das, was wir Solidarität nennen. Sie ist nicht nur durch bloße Neutralität und billiges Wohlwollen herzustellen. Sie muß, genau wie Salutogenese, ständig gegen Widerstände erzeugt werden. Und deswegen teile ich den Optimismus der Rationalisten in diesem Punkt nicht.

Nun zum Punkt „Ethik und ärztliches Handeln". Hier stellt sich für den Arzt immer wieder ein schwer zu lösendes Problem: Im Spannungsfeld zwischen der ärztlichen Aufgabe für die Gesundheit des einzelnen und der ärztlichen Aufgabe für die Gesundheit der

Bevölkerung steht der Arzt zwischen zwei Gütern. Hier gibt es für den Konfliktfall keine Patentlösung. Der Arzt muß seine Entscheidung von Situation zu Situation unter dem Gesichtspunkt seiner dreifachen Verantwortung — der Verantwortung gegenüber dem Patienten und seiner individuellen Wirklichkeit, der Verantwortung gegenüber der eigenen individuellen Wirklichkeit und der Verantwortung gegenüber der Heilkunde als Humanmedizin — fällen.

Und unter diesen Aspekten hat das Arztgeheimnis höchste Präferenz. Es gilt nämlich nicht nur, die Gesellschaft vor dem Kranken, sondern es gilt auch, den Kranken vor der Gesellschaft zu schützen.

Ich komme zum letzten Punkt: „Ethik und individuelles Handeln". Hier stellt uns der Umgang mit Sexualität allgemein, aber besonders im Zusammenhang mit dem AIDS-Problem immer wieder vor schwierige Entscheidungen.

Dazu lassen sich aus meinen Thesen folgende Konsequenzen ableiten. Sexualpartnerschaft ist die soziale Einheit, in welcher der einzelne am unmittelbarsten und ich-nahe die „Qualität zusammen" als Kriterium seiner Selbstverwirklichung und gleichzeitig als Sozialverwirklichung erleben kann. Darüber hinaus ist Sozialpartnerschaft die Einheit des Überlebens der Familie, des Volkes und der Menschheit.

Im Spannungsfeld zwischen dem Recht auf erfülltes Leben und Rücksicht auf den Sexualpartner hat das Prinzip gegenseitiger Verantwortung für unser Handeln natürlich besonderes Gewicht. Das gilt für jeden, erst recht aber für den nicht Getesteten, der den begründeten Verdacht hat, sich infiziert zu haben — und natürlich erst recht für den HIV-Positiven. Denn Information und Schutz des Partners sind Voraussetzung für wirkliche Partnerschaft.

1.6 Diskussion der Sachverständigen

Im Anschluß an den Vortrag ihrer Referate bestand für die Sachverständigen Gelegenheit zu einem Gespräch miteinander; dabei wurden kontroverse Positionen verdeutlicht, der eigene Standpunkt präzisiert sowie konsensfähige Aussagen zum Thema „AIDS und Ethik" gemacht.

Gründel: Herr Kollege Lübbe, ich teile keineswegs Ihre Position zum Thema „Angst", und zwar aus ethischen Überlegungen. Es geht hierbei nicht nur um die Bedenken, daß sozusagen „moralisiert" wird und der Eindruck entsteht, man wolle mit der Angst „Moral" betreiben. Vielmehr führt die Drohung zu einer Moral, die mehr äußere Anpassung bewirkt. Gerade weil es uns um eine Verinnerlichung der Moral geht, habe ich Bedenken.

Ängste sind ein unglückliches Vehikel, das ich jedenfalls im Bereich der Ethik nicht nutzen möchte. Wir müßten sonst — das wäre doch ein „Nonsens" — geradezu darauf bedacht bleiben, möglichst lange AIDS als Krankheit haben, um auf diese Weise anständiges Verhalten zu gewährleisten. Ich sehe gewisse Liberalisierungen etwas positiver. Der Gedanke der Solidarität — also die von mir angedeutete Verschiebung der ethischen Fragestellung auf den psychologischen Diskurs — kann von der Ethik weitaus besser aufgegriffen werden.

Positiv sehe ich in bezug auf die Ausführungen von Herrn Uexküll den Gedanken der Autonomie. Eine solche Erfahrung von Autonomie im Bereich der Ethik ist nicht mit Angst zu erreichen — sondern durch eine Eigenverantwortung, die Ängste eher abbaut und in positiver Weise versucht, moralische Maßstäbe zu vermitteln.

Lübbe: Vielleicht noch eine ganz kleine Bemerkung zu diesem mir in der Tat recht wichtigen Thema der Angst. Ich weiß, wie populär und auch wie nötig — das bezweifle ich nicht — es ist, gegen die Angst auch im Zusammenhang der Auseinandersetzung mit AIDS zu reden. Andererseits muß man sich darüber klar sein, daß die Menschen ja nicht aus schlechten, sondern vielmehr aus guten Gründen angstfähig sind, daß sie die Fähigkeit zur Angst nötig haben als ein Überlebensmittel. Und das gilt nicht nur für archaische Gesellschaften, sondern auch für moderne.

Und insbesondere meine ich, daß man sich Illusionen über das macht, was AIDS-Aufklärung, auf die auch schon der *Zwischenbericht* setzt, in der Schule etwa bedeuten könnte, wenn man meinte, AIDS-Aufklärung sei möglich, ohne daß die Menschen — die jungen zumal, aber auch Erwachsene — über das erschrecken, worüber sie aufgeklärt werden.

Dieses Erschrecken ist rational und nicht irrational. Und das ist auch kein Einwand gegen die Verhaltensweisen, die man, von Angst ergriffen, dann ausbildet. Es ist vielmehr die Rationalitätsvoraussetzung der entsprechenden Verhaltensweisen.

Noch einmal: Ich erkenne an, daß es auch Gründe gibt für das Reden gegen Angst. Überall dort, wo man die Tugend der Tapferkeit gelehrt hat, ist gegen die Angst geredet worden. Und wer wollte leugnen, daß wir auch in unserer modernen Lebensverbringung die Tugend der Tapferkeit nötig haben. Das ist eine Rede gegen die Angst, weil es eben Angst auch im Sinne der destruktiven bzw. selbstdestruktiven Panik gibt.

Aber noch einmal: Ich meine, es wäre illusionär anzunehmen, daß man über AIDS aufklären könne — und zwar in bewußten, gesteuerten und organisierten Aufklärungskampagnen —, ohne die Menschen erschrocken zu machen.

von Üexküll: Ich glaube, man kann diese Diskussion auf etwas rationaleren Boden stellen, wenn man den Unterschied zwischen Angst und Furcht sieht, der ja bekannt ist. Ich glaube nicht, daß Erschrecken ein rationales Ereignis ist. Vielmehr glaube ich, daß im Erschrecken doch das Emotionale entscheidend ist.

Die Frage, um die es sich dreht, ist ja letzten Endes: Gelingt es, von der irrationalen Angst zur rationalen Furcht — nämlich der konkreten Einschätzung der Realität — zu kommen?

Frey: Hier herrscht eine gewisse Begriffsverwirrung. Denn man kann sehr wohl aus der Verhaltensforschung den Begriff Angst als ein Symptom (oder Syndrom) übernehmen und argumentieren: Angst ist wertvoll, weil sie zu Flucht- oder Vermeidungsverhal-

ten in bezug auf bedrohende Situationen führt. Aber es gibt auch andere Formen von Ängsten. Menschen können zum Beispiel zur Identitifkation mit einer Form von Leben gefordert werden, das, wenn sie sich wirklich damit identifizierten, sie in ihrer Integrität bedrohte. Das erfahren Behinderte, und die gesamte Geschichte der Sozialmedizin ist voll von Beispielen, die von „Gesunden" als Bedrohung empfunden werden. Und es spiegelt sich in Ethik und Theologie: Was man nicht bewältigen kann, weil es einen selbst in der Integrität bedroht, wird mit Angst besetzt und in die Kategorie des Dämonischen abgeschoben. Es ist relativ einfach festzustellen, daß nicht zu verarbeitende Formen von Schwerstbehinderung usw. in der Vergangenheit unter der Rubrik „Dämonie", „Ausgeburten", „böse Engel" usw. liefen. Diese Form von Ängsten versucht, mit bedrohlichen Situationen fertig zu werden, indem sie diese verdrängt und gerade nicht die humane Öffnung zur Solidarität bewirkt.

Die Bewertung der Angst hängt meines Erachtens von der Diagnose unserer Zeit ab, und die scheint in unserer Diskussion verschieden zu sein. Können wir behaupten, daß eher zuviel Angst in der Bevölkerung vorhanden ist und damit solidarisches Verhalten und Selbstaufklärung verstellt werden? Ich höre aus manchen Abteilungen unserer Krankenhäuser, daß der Umgang mit dort eingelieferten AIDS-Kranken eher darauf deutet und zu einer geradezu fürchterlichen Isolierung der Betreffenden führt.

Oder können wir argumentieren: Die Bevölkerung hat einen so breiten Konsens entwickelt, daß man ihn eigentlich nur noch stützen muß, indem leichtfertige Menschen mit Hilfe der Furcht vor dem AIDS-Syndrom zu anderen Verhaltensweisen bewegt werden? Ich bezweifle, daß die zweite Diagnose unserer gesellschaftlichen Lage richtig ist.

Haug: Ich möchte an das anschließen, was Herr von Uexküll und Herr Frey gesagt haben. Die Verwandlung von Angst in Furcht ist geradezu eine Formel für die Aufgaben, die sich jetzt stellen. Das ist ein täglich neu anzustrengender Prozeß. Die Furcht hat ein positives und ein negatives Ziel. Sie ist artikuliert mit dem Interesse. Die Furcht macht uns fähig, Fragen der Lebensführung zu erörtern und zu verändern. Sie ist der zivilgesellschaftlichen Bearbeitung fähig. Das heißt, sie kann in Kultur umgesetzt werden.

Also das scheint mir eine richtige Richtung zu sein. Andererseits ist es völlig unvermeidlich, daß ein ungeheuerliches Angstpotential durch die AIDS-Gefahr ständig genährt oder aus großen Tiefen angebohrt wird. Das wird immer weiter vorangehen.

Zur sekundären AIDS-Gefahr gehören die Metastasen, die die Reaktionsformen auf diese Angst annehmen werden. Die erste Reaktionsform wird Haß mit Vernichtungswillen sein. Dabei handelt es sich um eine ganz brutale und vorrationale Wut auf vermeintliche Risikoüberträger. Diese Angst wird sicher eine Energie, ein Treibstoff in rechtspopulistischen Formationen sein. Insofern möchte ich mich dieser Unterscheidung anschließen.

Vielleicht darf ich noch unter dem Stichwort der zivilgesellschaftlichen Verarbeitung ein anderes Thema in die Debatte bringen. Auch diese Frage richtet sich an Herrn Lübbe. Und zwar scheint mir, daß der Common sense zweideutiger ist, als das in Herrn Lübbes Referat aufschien. Auch etwas anderes — eine zivilgesellschaftliche Instanz, auf die wir setzen müssen — scheint mir mit Zweideutigkeit behaftet, nämlich die Selbsthilfe.

Also zwei auf den ersten Blick gute Instanzen sind durchaus nicht eindeutig gut, sondern können verschiedene Bedeutungen annehmen. Wie jeder weiß und wie Forschung verdeutlicht, sind in den Common sense eine ganze Reihe von Vernichtungspotentialen mit abgesunken. Der Common sense ist keine bruchlose Realität, sondern er ist, fast möchte ich sagen, ein Kampffeld. Und alles, was wir in der Brust haben, ist in gewisse Weise im Kampfe repräsentiert. Also die gesellschaftlichen Kämpfe, Zweifel und Konflikte reproduzieren sich im Common sense. Das ist mithin keine Instanz, die man einfach fraglos anrufen könnte.

Und die Haß- und Angstpotentiale in der Konfrontation mit Gefahren vom Typus von AIDS können Formen der Selbsthilfe induzieren, die Selbstjustiz darstellen. Auch dafür gibt es sehr viele historische Erfahrungen. Deswegen hilft es auch nicht zu sagen: Man muß nun zum Schutz vor der Überflutung einer rationalen, liberalen und toleranten zivilgesellschaftlichen Kultur ganz und ausschließlich auf den Zwischenbereich zwischen Individuen und Staat setzen. In der Tat ist da auch der Staat gefordert. Die Frage muß vielleicht anders gestellt werden. Auch der Staat ist etwas sehr Zweideutiges. Er ist nicht nur das Repressionsinstrument, eine Verwaltungsbürokratie. Er ist auch nicht nur Justiz — mit Gefängnissen im Rücken. Hier im Raum ist auch Staat. Der Staat öffnet Räume, in denen eine Zivilgesellschaft sich artikulieren kann, in denen Verständigung stattfinden kann. Es hängt sehr viel davon ab, wie genau welcher Teil des Staates gestaltet wird.

Also ich weiß nicht, ob das irgend etwas zur Diskussion beiträgt: Ich glaube nicht, daß wir gute Instanzen bekommen. Sondern man muß sich verständigen über das Instanzenspiel. Und man muß sich über den Versuch verständigen, darin die Chancen zu optimieren, daß unser Staat weiterhin der Staat einer Zivilgesellschaft bleibt und nicht wieder dieselbe überwältigt.

Lübbe: Wir würden zu sehr historisch werden, wenn wir uns über den Begriff des Common sense hier unterhalten wollten. Ich habe ihn nur in einem einzigen Zusammenhang gebraucht. Ich habe gesagt: Moral, gelebte Moral, aus der auch eine Kultur und eine ganze Gesellschaft lebt, ist entweder Inhalt des Gemeinsinns — das deutsche Wort für „Common sense" —, oder sie ist es gar nicht. Deshalb müssen Sie zur Erinnerung an die geltenden Regeln der Moral auch nicht Experten bemühen. Diese Moral hat nur dann kulturelle und gesellschaftliche Effizienz, wenn sie Bestandteil des Common sense ist.

Ich kann es auch etwas härter ausdrücken. Das wäre dann eine Anleihe bei den Soziologen: Die Moral ist präsent als die Menge der Möglichkeiten, sich unmöglich zu machen. Es gibt keine Gesellschaft — das gilt auch für die moderne Gesellschaft —, in der die Menge der Möglichkeiten, sich unmöglich zu machen, gegen Null sinken darf. Und daß es auch in

unserer Gesellschaft eine Fülle solcher Möglichkeiten gibt, können Sie auch in unserem eigenen Arbeitszusammenhang hier testen, wenn nämlich jemand riskierte, öffentlich die These zu vertreten, man wäre den AIDS-Erkrankten keine Solidarität schuldig. Dann können Sie sich selber ausdenken, wie unsere Reaktion wäre und wie auch die Reaktion in der Öffentlichkeit wäre. Und das heißt, daß man hier auf einen Common sensefähigen Gehalt dessen stößt, wogegen zu verstoßen einen öffentlich in die Isolation treibt. Wir haben davon eine ganze Menge.

Im übrigen darf ich gleich noch daran erinnern, daß wir uns nicht etwa durch die Erinnerung an das gesunde Volksempfinden der Nationalsozialisten diesen Begriff aus der Hand nehmen lassen dürfen. Das dürfen wir den Nazis, die uns soviel genommen haben, nicht auch noch hinterherschmeißen. Es war immerhin ein Begriff der frühneuzeitlichen, frühaufgeklärten Demokratietheorie. Es ist ein Begriff der allgemeinen, gemein verteilten Urteilskraft. Und so etwas muß vorhanden sein, wenn man so ein Unternehmen wie das der Demokratie überhaupt für denkbar hält. Es war die Inanspruchnahme dessen, worüber nicht nur die Lords oder gar der Erzbischof von Canterbury einzig verfügten, sondern jedermann, jeder beliebige Billy Smith. Und dieser beliebige Billy Smith muß einmal Kompetenzen zugesprochen bekommen haben. Und er bekommt sie zugesprochen mit dem Begriff des Common sense, damit man so etwas wie eine Demokratie sich überhaupt theoretisch einfallen lassen kann.

Das ist die zentrale Wichtigkeit dieses Begriffs. Und was Herr Haug gesagt hat, trifft natürlich zu. Es bedeutet nur, daß auch eine Demokratie, indem sie eine Demokratie ist, nicht eo ipso ein ungefährdetes Gemeinwesen darstellt. Und die Gefahren können dann auch aus dem jeweils herrschenden Common sense kommen.

von Uexküll: Ich freue mich an dem ungebrochenen Rationalismusoptimismus von Herrn Lübbe. Aber als Arzt muß ich doch sagen, daß der gesunde Menschenverstand eine sehr gefährliche Angelegenheit ist. Wenn man da mal ein wenig nachfragt, was eigentlich die Motivationen dieses gesunden Menschenverstandes sind, dann muß man das wirklich in jeder Situation sehr genau analysieren. Das wollte ich nur als kleine Einschränkung gesagt haben. Kein Dissens!

Haug: Ich möchte noch ein Thema in die Debatte werfen, um zu sehen, ob das in unserer Diskussion etwas bringt. Dabei knüpfe ich an einige Elemente an, die bei Herrn Gründel angeklungen sind. Ethikdiskurse sind immer in der Gefahr, abzuheben. Wenn wir jetzt mal ganz nahe an die Wirklichkeit heranzugehen versuchen: Wie schätzen Sie eigentlich den wirklichen moralischen Zustand unseres Landes ein? Was sind eigentlich die in der Tat befolgten Regeln selbstbestimmten Verhaltens?

Und da bin ich skeptisch. Ich glaube, die Bundesrepublik ist ein kaltes Land geworden. Vielleicht ist doch die realmoralische Regel Nr. 1: Jeder ist sich selbst der Nächste. Dann kommen die Angehörigen.

Bitte, Sie können ja widersprechen. Das ist eine Vermutung über Wirklichkeit. Ich bin Autofahrer. Und beim Autofahren ist es jedenfalls so. In anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ist es auch so. Wer sich anders verhält — dafür hat der Common sense die Antwort — ist der Dumme.

Ist es nicht so, daß die real praktizierten Regeln selbstbestimmten Verhaltens sehr weit von unseren Solidaritätswünschen weg sind? Dann müßte man auch mal fragen: Was fördert solche real praktizierten Regeln des Verhaltens nach der Art „Jeder ist sich selbst der Nächste?" Dies ist übrigens eine Regel, die durchaus universalisierbar ist. Sie entspricht also formal sozusagen den Kriterien.

Herr Gründel hat Momente in unserem Gesellschaftsleben angesprochen, die eine Art wütendes Konsumverlangen ständig neu nähren. Vielleicht wäre es mal ganz gut, wir würden uns ein Szenario ausmalen, wie eine durch die AIDS-Gefahr zwangsweise monogam gemachte Bevölkerung eigentlich in diesen Zweier-Beziehungen ihre Triebwünsche leben wird.

Es ist schon jetzt so, daß die empirische Ehe bedeutend unschöner ist als die gedachte Ehe. Was Sie über Treueverhältnisse sagten, das sind unsere Wünsche. Die wirklichen Verhältnisse sind sehr oft die Hölle auf Erden — in einer großen Zahl der Fälle.

Man muß sich fragen: Was ist eigentlich das gegenwärtige technologische Angebot, das die Gesellschaft macht? Wir dürfen davon ausgehen: Sie bekommen eine bundesdeutsche Wohnung mit Videoausstattung und dem Zugang zu entsprechendem Filmmaterial — schon für Zehnjährige oder noch Kleinere. Was bekommen wir dann? Wir bekommen eine hochgradig angereizte kommerzialisierte Imaginarisierung des Sexes. Der Sex läuft sehr stark über solche Videoelemente. Treue eheliche Partner können sexuelle Spannung nur noch aufrechterhalten, solange sie es schaffen, sich Imaginationen aus diesem Videoarsenal zu borgen. Ich versuche, an die Wirklichkeit heranzugehen!

Auf der anderen Seite wird das Gewaltpotential zunehmen. Vergewaltigungsphantasien, Ersatzhandlungen schrecklicher Art werden plausibler. Wir wissen genügend über unsere Natur. Ich mache vielleicht hier eine männliche Kassandra. Aber ich hätte lieber, wir würden versuchen, möglichst nahe an Realität heranzugehen, damit man dann auch darüber sprechen kann: Was sind eigentlich die solidargesellschaftlichen Potentiale auf der anderen Seite, die wirklich vorhandenen Potentiale? Wie könnte man sie stärken? Was schwächt sie?

Frey: Szenarien haben natürlich den Vorteil, daß sie Probleme ausleuchten. Aber wenn Sie sofort als Analyse der Totalität unserer Lebenswirklichkeit ausgegeben werden, gewinnen sie auch sofort die Kraft moralischer Normierung oder zumindest moralischer Impulse — angefangen bei der Empörung über jene Zustände, die man aufdeckt, bis hin zu unterschwelligen Zumutungen: Tut etwas in bestimmten Richtungen. Sie stellen nicht nur Sachinformationen dar. Deshalb sollte man mit solchen Szenarien, die irgendwo zwischen Sachinformation und bereits moralischem Appell liegen, sehr vorsichtig umgehen.

Denn das wissen die Ethiker doch seit jeher: Sofern Normen abstrakt formuliert werden, werden sie nie voll eingehalten. Ethische Probleme entstehen aber dort, wo Menschen in realen Umständen in einer bestimmten Weise leben und trotzdem kundtun, daß sie nicht so leben wollen, also in einer Situation der Spannung. Der Common sense ist meines Erachtens eher so etwas wie eine Ahnung, es müßte über die gelebten Zustände hinaus noch andere Möglichkeiten des Lebens geben. Deshalb ist es eine Aufgabe des Ethikers, zu untersuchen, ob in den Widersprüchen, in denen sich Menschen befinden, solche Potentiale angelegt sind.

Vielleicht gilt es, hier eine Unterscheidung einzuführen: Wir tun so — und das ist vielleicht auch ein Erfolg der neuzeitlichen Diskussion —, als hätten Moral, Sittlichkeit und Ethik — (als Reflexion) nur mit der Selbsterhaltung zu tun. Dafür sind heute markante Beispiele zitiert worden, zum Beispiel Arnold Gehlen, der die Morallehren sehr beeinflußt hat.

Aber wenn unsere Gesellschaft so verstanden wird, daß sie Möglichkeiten veränderten Verhaltens bieten soll, dann sind auch die Moral, die Sittlichkeit, die Ethik eine Frage der Selbstgestaltung in den Spielräumen. Vielleicht artikuliert sich die Frage nach einer Alternative im Leben gerade dort, wo diese Spielräume empfunden, aber noch nicht ausgeschöpft werden können. Ich weiß nicht, ob Pauschaldiagnosen der Art „So sind die Menschen nun einmal" überhaupt die Wirkung haben, verändertes Verhalten zu aktivieren. Meines Erachtens sind apokalyptische Szenarien heute eher lähmend, wie auch manchmal Angst lähmend sein kann.

Eine sorgfältiger vorgehende Ethik sollte deshalb forschen: Gibt es solche Fragen nach verändertem anderem Leben? Und wie können Sie aufgegriffen werden? Wie können die Potentiale der Menschen darin aktiviert werden?

Gründel: Herr Kollege Haug, ich habe den Eindruck, Sie schütten das Kind mit dem Bad aus. Sie haben zuvor in Ihrem Referat die Lustverneinung aufgezeigt, die natürlich nicht erst seit 1850, sondern schon in der Moral der Stoa vorlag und da wirklich zu repressiven Formen einer Sexualmoral geführt hat.

Ich würde nun sagen: Jeder ist sich selbst der Nächste — das ist zunächst etwas sehr Positives. Das ist nichts anderes als die christliche Selbstliebe. Ohne eine echte Selbstliebe würde es auch keine Nächstenliebe geben. Gleichzeitig sehe ich aber auch eine Gefahr: Wenn die Selbstliebe nicht eingebunden wird in die Nächstenliebe, entartet sie genauso zu einer krankhaften neurotischen Selbstlosigkeit. Das Zurückgreifen auf die Realität, auf das faktische Verhalten, gibt für die Ethik noch nichts her. Das faktische Verhalten — auch wenn es in Statistiken erhoben wird — sagt mir noch nichts aus über die Motivation und über das, was einer eigentlich tun wollte oder sein möchte. „Der, der ich bin, grüßt traurig den, der ich sein möchte oder sein sollte." In dieser Spannung liegt die Bedeutung von verbindlichen Zielen, die immer etwas höher liegen, aber die im Grunde genommen nicht einfach realitätsfremd sind, sondern Orientierung vermitteln.

Ich hätte Bedenken gegenüber einer rein normativen Bewertung in der Weise: Wer dieses Ziel nicht erreicht, ist eben nicht mehr auf dem rechten Weg. Ich glaube, es ist auch ein wichtiger Schritt des moralpsychologischen Vorgehens, daß es angesichts der Entwicklung des Menschen Zwischenstationen auf dem Weg zum Ziel gibt, die ich keineswegs schon als voll geglückte Formen ansehe — bis hin zu noch promiskem Verhalten. Es sind Schritte auf ein Ziel hin. Daher geht es mir nicht um eine idealistische Form einer Moral, sondern um ein Ernstnehmen der Realität.

Verbindliche Ziele hinsichtlich des Sexualverhaltens und der Ehe bleiben sinnvoll, selbst wenn ich durchaus damit rechne, daß ein Teil dahinter zurückbleibt.

Ich würde auch nicht von einer „zwangsweise monogamen Ehe" sprechen. Wer tatsächlich nur in einem normativen Denken verhaftet ist, erfährt eine Treuebindung als Zwang. Wenn eine rechte Vermittlung erfolgt, kann sie von innen her als eine Befreiung und als eine Erfüllung erfahren werden. Das ist mein Anliegen. Die Angst leugnen wir nicht. Aber sie kann nur als ein erstes Vehikel angesehen werden. Darum darf man unter keinen Umständen bei ihr stehenbleiben, so man eine vertiefte Form von Moral vermitteln will. Eine innere Annahme einer sittlichen Forderung führt dazu, daß sich jemand mit seinem Verhalten identifizieren kann, selbst wenn er das ihm gestellte Ziel noch nicht erreicht hat.

Lübbe: Die Chancen der Eindämmung von AIDS müßte man wohl als gering beurteilen, wenn Herr Haug mit seiner sehr skeptischen Einschätzung der in unserer Gesellschaft vorhandenen moralischen Kräfte und Solidaritätsbereitschaften recht hätte. Es ist natürlich in letzter Instanz eine empirische Frage. Aber es ist nicht nur eine empirische Frage. Denn wir wissen alle aus ganz elementaren Erziehungszusammenhängen — auch im individuellen Zusammenhang —, daß nichts geeigneter ist, schwache vorhandene moralische Kräfte zu stärken, als das bekundete Vertrauen in sie. Das stärkt die moralischen Kräfte. Und das gilt nicht nur im individuellen Zusammenhang. Das gilt auch in nationalkulturellen Zusammenhängen.

Das würde also bedeuten: Wenn der wirksamste Faktor bei der AIDS-Eindämmung nicht staatliche Maßnahmen sind, sondern gesundheitsdienliche Verhaltensweisen, dann müßte man auf das Vorhandensein dieser Kräfte vertrauen. Und nun ist es nichts weiter als eine Frage der Wahrnehmung der Wirklichkeit, ob denn moralische Kräfte auch in unserem Volke in reichem Maße, in weniger reichem Maße oder in einer untergehenden Weise vorhanden sind. Und wenn man die Wirklichkeit unbefangen und nicht durch die Brille einer gerade in unserer Nation sehr traditionsreichen Form der Zivilisationskritik sieht, dann wird man, wenn man die Augen öffnet, die Fülle der Beweise gelebter Moral, auf die man dann auch im AIDS-Zusammenhang vertrauen kann, finden.

Ich stelle das gerne unter das Stichwort „Blüte der Alltagskultur", die wir in unserer Gesellschaft zu verzeichnen haben. Das ist die ungebrochene Fähigkeit der Mehrheit der Bürger bzw. der Mehrheit der Men-

schen, aus den Freiheiten dieser Gesellschaft sozusagen Sinn zu generieren. Ich spreche von der Willigkeit der Jugendlichen, in die Jugendabteilungen der Feuerwehr einzutreten. Die können sich vor Beitrittswilligen gar nicht retten. Und ich rede von den höchst gesundheitsdienlichen Aktivitäten im Sport. Es gibt 65 000 Sportvereine mit 32 Millionen aktiven Mitgliedern bei uns. Und es gibt soziale und gesundheitspolitische, freiwillige Aktivitäten. Das fängt an mit der Bereitschaft der Menschen, freiwillig Nachhilfestunden für die Nachbarschaftskinder zu organisieren. Und es gibt die Bereitschaft der nicht berufstätigen Mütter, Kinder der Berufstätigen zu hüten. Aber es gibt auch — und das ist schon im engeren Sinne gesundheitspolitisch relevant — die wachsende Bereitschaft der Menschen, über Nachbarschaftshilfe sicherzustellen, daß Nachbarn vielleicht noch weitere fünf Jahre im hohen Alter in ihrer geliebten und angestammten Wohnung verbleiben können. Und so in allem!

Man kann soweit gehen zu sagen: Unser Sozialstaat, den wir alle nicht missen wollen, bräche schon heute zusammen, wenn man die Fülle der freiwilligen, moralisch selbstbestimmten Leistungen in Abzug brächte, die ihn heute glätten und im Detail leichter und effizienter machen. Und so in allem!

Es sind diese Kräfte, die sich betätigen und die man sehen kann, auf die man auch im Zusammenhang des AIDS-Problems setzen muß, sowohl was die gesundheitsdienliche moralische Selbstbestimmung anbelangt als auch in bezug auf die Verpflichtung zur Solidarität gegenüber den Erkrankten. Ich bin zuversichtlich!

von Uexküll: Ich bin wohl hier im Kreis der Älteste. Ich habe alle diese Solidaritätsbestrebungen und diese Begeisterung der Jugend für Sport usw. in der Weimarer Republik noch miterlebt. Ich habe auch miterlebt, wie plötzlich die Moral sich geändert hat, wie ein Film aufkam. Da ging es um ein U-Boot, das auf dem Meeresgrund lag und nicht mehr zu retten war. Und ich möchte sagen, daß fast über Nacht diese ganzen Bestrebungen dann in die Hitler-Jugend geleitet wurden. Und es fand eine Mutation der Moral statt. Das ging sehr schnell, von heute auf morgen. Und deshalb bin ich immer etwas skeptisch und nicht ganz so optimistisch wie Herr Lübbe.

Haug: Ich bitte Sie, mich nicht so zu verstehen, als würde ich Ihren Ansatz bei dem, was Hoffnung verspricht in der Gesellschaft, nicht teilen. Das ist genau mein Ansatz. Ich habe ja geendet mit der Frage: Wo sind eigentlich wirklich Solidaritätspotentiale? Und wie kann man sie stärken? Das war meine praktische Frage. Was ich erreichen wollte, ist, daß wir sozusagen den Optativ mit Realitätswahrnehmung etwas deutlicher verknüpfen und auch vielleicht etwas deutlicher über die gesellschaftlichen Kräfte, Mechanismen, Strukturen und Praktiken sprechen, mit denen wir uns dabei herumschlagen müssen.

Es hat doch keinen Sinn, nur über den Konsumismus zu klagen, wenn man nicht über die Struktur spricht, die ihn hervorbringt. Das ist doch nur der Schaum auf der Woge.

Ich möchte noch eine weitere Frage in die Debatte werfen. Ich glaube, in fast allen Referaten — außer in meinem — wurde gefordert, festgestellt oder angekündigt, daß Gesundheit mehr denn je, wie Herr von Uexküll sagte, etwas zu Erzeugendes ist. Ich weiß nicht, ob Herr Lübbe sagen würde, daß sie eine Pflicht ist — jedenfalls abhängig von der Lebensführung. — Eine Pflicht, eine Moralfolge. — Vor allem die Argumente von Herrn von Uexküll verstehe ich und denke auch zu spüren, daß das, was er Salutogenese nennt, also das Mitarbeiten an der eigenen Gesundheit, eine Kraft ist, ohne die überhaupt nichts geht.

Aber andererseits weiß ich aus meinen historischen Untersuchungen, daß die Moralisierung der Gesundheit äußerst verheerend gewirkt hat. Das ist fast die Formel der Gesundheitspolitik im Dritten Reich: Gesundheit ist Pflicht. Das bedeutete nämlich: Die Kranken haben sich einer Pflichtverletzung schuldig gemacht. Folglich mußte ihnen gegenüber das Solidarnetz nicht aufgehalten werden.

Ich wollte nur, daß diese Dimension besprochen wird. Verstehen Sie mich jetzt nicht falsch. Ich hätte auch so sprechen können wie Sie. Das Moment sehe ich. Ich sehe aber auch die Zweideutigkeit. Und ich sehe, daß es umkippen konnte, daß die Moralisierung der Gesundheit bzw. die Verpflichtung zur Gesundheit geradezu Vernichtungsqualität gegenüber den Kranken bekam. Wie gehen wir damit um, gerade jetzt bei AIDS?

von Uexküll: Dazu würde ich sagen: Das Konzept der Salutogenese geht nicht davon aus, daß es hier Gesundheit und da Krankheit gibt, sondern es geht eben davon aus, daß wir uns ständig auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bewegen. Und insofern glaube ich, daß der Begriff der Salutogenese nicht diese politische Gefahr in sich birgt.

Lübbe: Das letzte Votum von Herrn Haug betrifft elementare Prinzipien unseres Umgangs mit der nazistischen Vergangenheit, unserer eigenen Geschichte. Es gibt eine Form, sich zu verhalten, die ich so charakterisieren möchte: Das, was die Nazis mißbraucht haben, wird aus dem Verkehr gezogen, damit es nie wieder mißbraucht werden kann. Ein schlichtes Beispiel, das zunächst nichts mit Gesundheit zu tun hat: Die Nazis sind in der Ausnutzung der Tapferkeit ihrer Soldaten bis vor Moskau und Stalingrad gelangt. Und dann kam, was wir alle wissen. Und damit das nie wieder passiert, halten wir die Tugend der Tapferkeit für obsolet. Das können Sie nur in Deutschland sagen. Man muß das einmal wahrnehmen! Das können Sie keinem Russen begreiflich machen, der doch weiß, daß die Rettung seiner Nation auf nichts anderes als auf die beispiellose Tapferkeit der russischen Soldaten zurückzuführen ist.

Das heißt: Wir würden diese Tugend — das ist eine sehr alte, klassische und unveraltete Tugend — auch noch den Nazis hinterherwerfen, wenn wir so auf sie reagieren würden.

Und nun ist wahr, daß die Nazis im Kontext der Moderne — die Nazibewegung hatte spezifische Modernitätsgehalte und auch Modernisierungsabsichten —, was die Gesundheit anbelangt, in der Tat den Pflichten- bzw. Moralcharakter der Gesundheit — in Über-

einstimmung mit der Gesundheitspolitik aller modernen Länder — geltend gemacht haben. Und sie haben überdies auch — das ist eine historische Tatsache — denjenigen, die auf eine verschuldete oder unverschuldete Weise — das spielte bei den Nazis gar keine Rolle — krank und dauerhaft hilfsbedürftig wurden, das Lebensrecht aus diesem Grunde abgesprochen.

Damit das nicht wieder vorkommt, nun aufzuhören, den Pflichten- bzw. Moralcharakter der Gesundheit aus dem Verkehr zu ziehen, das hieße, den moralischen Aspekt des Gesundheitslebens nun auch noch den Nazis hinterherzuwerfen und sich mit dieser sehr merkwürdigen moralischen Entscheidung als vermeintlicher Lehre des Nazismus gegenüber der ganzen übrigen Welt zu isolieren.

Die Sache kann doch nur genau umgekehrt laufen. Es ist modernitätsspezifisch, daß das, was die Unterschiede macht, gesund oder krank zu sein, wie nie zuvor von selbstbestimmten gesundheitsdienlichen Lebensweisen abhängt. Unabhängig von solchen Lebensweisen können wir selbstverständlich krank werden. Es gibt Dinge, die gar nicht zu unserer Disposition stehen.

Die Insinuation, daß der, der das geltend macht, nun daraus auch geneigt wäre, nazistische Konsequenzen zu ziehen, halte ich für eine nicht erlaubte instrumentelle Nutzung der Nazivergangenheit zu gegenwärtigen, in diesem Falle gesundheitspolitischen Mitteln. Die Sache muß doch umgekehrt sein: Die Gesundheit, das Sich-Gesund-Halten ist eine der Pflichten gegen sich selbst, ist eine der Pflichten auch gegenüber dem anderen Menschen. Und zugleich gilt uneingeschränkt — das habe ich auch breit dargestellt — die allgemeine Verpflichtung zur Solidarität gegenüber Hilfsbedürftigen — unabhängig von der moralischen Qualität der Handlungen, denen sie gegebenenfalls ihren Gesundheits- oder Krankheitszustand zuzuschreiben haben.

Haug: Ich möchte das nicht so stehenlassen: Ich habe nicht insinuiert, daß Herr Lübbe die Absicht hätte, eine Wiederkehr des Faschismus zu fördern. Dies würde ich auch ablehnen. Ich würde mich mit Ihnen gemeinsam dagegen wenden. Aber ich versuche, die Gefahr im Gespräch zu halten, daß es wieder zu einer Mutation des Moralischen — und zwar ohne unseren Willen und gegen unsere Absicht — kommt.

Frey: Ich versuche, in diesem Disput zu vermitteln. Ich meine, es geht hier in der Tat nicht um das abscheuliche Beispiel des Nazismus, sondern um jene weiterreichende Menschheitserfahrung, daß in aller Regel Gesundheit und Krankheit mit Gut und Böse und mit einem sinnvollen Verstehen der Welt verbunden waren bzw. werden. Das erfährt heute noch der Seelsorger am Krankenbett. Ihm begegnet häufig die Frage: Wie konnte gerade mir das zustoßen? Wie habe ich das verschuldet?

Deshalb steckt auch eine Gefahr hinter der Aussage, gesund zu sein sei gewissermaßen eine moralische Verpflichtung. Das heißt: Aufgeklärte Menschen, die es wissen können, sollten so leben, daß sie auch ihren Leib und ihre Seele in einem guten Zustand halten. Nebenbei gesagt: Wer in Dortmund — und nicht in den besten Vierteln — wohnt, wird bald erkennen, welche Möglichkeiten, gesund zu bleiben, den weniger Privilegierten gegeben sind. Das ist auch eine Frage der Sozialmedizin und nicht einfach nur eine moralische Frage.

Die Arbeit an der Krankheit ist zugleich ein Kampf um die Frage nach der Rechtfertigung und dem Sinn: „Warum widerfährt mir das?" — Sie ist durchweg eine religiöse Arbeit gewesen. Heute ist sie auch eine Frage an die säkuläre Ethik. Um an die religiöse Tradition zu erinnern: Das Alte Testament geht einen großen Schritt, als es aus der Konstruktion eines Tun-Ergehen-Zusammenhangs heraustritt und lehrt, daß der von Israel geglaubte Gott nicht einfach eine Garantie für eine moralisch einwandfreie Verteilung von gesund und krank ist. Diese religiöse Einsicht muß sich bis heute fortsetzen.

Unsere Aufgabe wäre es, nach den Ressourcen einer säkularen Gesellschaft zu fragen und die AIDS-Prophylaxe bzw. Diagnose nicht vorschnell mit moralischen Apostrophierungen wie „gut" und „gesund" sowie „böse" und „krank" gleichzusetzen. Dabei hilft der Ansatz von Herrn von Uexküll, der im Grunde auf eine neue Gesundheitsdefinition hinausläuft: Gesundheit ist die Fähigkeit des Menschen, sich mit den krankmachenden Anteilen in seinem Leben produktiv auseinanderzusetzen und sie zu bearbeiten. Nur vor dem Hintergrund dieser Definition ist es erlaubt, zu sagen: Zu dieser Arbeit müßte eine moralische Stärke gegeben sein. Aber diese Kraft ist gemeinsam zu gewinnen und kann nicht einem einzelnen als isoliertem Wesen abgefordert werden.

2. Kapitel: Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten

Einleitung

Die Kommission ist der Frage nachgegangen, welche Beratungs- und Betreuungsangebote Menschen vorfinden, die nach einem HIV-Antikörpertest damit zurecht kommen müssen, HIV-Antikörper-positiv zu sein, die sich aber gesund fühlen.

Bei der Definition der „symptomlos" HIV-Infizierten muß von drei Gruppen ausgegangen werden: In der *ersten* Gruppe handelt es sich um Personen, die getestet wurden und sich dabei als HIV-positiv erwiesen haben. Es sind nicht die Personen dazuzuzählen, die bereits HIV-relevante Symptome entwickelt haben und als Erkrankte zu definieren sind.

Ein durch Bestätigungstest gesicherter positiver HIV-Antikörpertest sagt aus, daß diese Personen Antikörperträger sind und irgendwann mit dem HI-Virus infiziert wurden. Der Zustand der Symptomlosigkeit kann verschieden lange, oft über viele Jahre hin dauern. Zugleich sind die Betroffenen aber bereits infektiös, daß heißt in der Lage, andere zu infizieren. Beim derzeitigen Stand des Wissens und der bisher erforschten medizinischen Interventionsmöglichkeiten folgt allein aus dem Befund „HIV-infiziert" noch keine gesicherte spezifische Therapie. In dieser Phase der Infektion stehen deshalb nicht spezifisch medizinische Aufgaben, sondern die Sorge für die Primärprävention (Vermeidung der Weitergabe des Virus) im Vordergrund. Medizinische Interventionen sind angezeigt, sobald erste möglicherweise HIV-bezogene Symptome (anhaltender Nachtschweiß, längere Phasen von Schlaflosigkeit, größerer Gewichtsverlust, Leistungsminderung, längere anhaltende Lymphknotenschwellungen usw.) auftreten, die nicht anders erklärt werden können.

Bei dem gegebenen Stand des Wissens und der Therapiemöglichkeiten ist der medizinische Befund „HIV-Antikörper-positiv" derzeit nur eine Dispositionsdiagnose, die anzeigt, daß ein Mensch mit einer hohen, aber nicht genau zu prognostizierenden Wahrscheinlichkeit nach einem unbekannten, möglicherweise sehr langen Zeitraum HIV-bezogene Symptome und auch das Vollbild AIDS entwickeln wird. In dem Maße, wie therapeutische Interventionen erforscht und erfolgreich erprobt werden, kann sich dies dahingehend ändern, daß auch Personen ohne subjektiv merkbare Symptome geraten werden muß, sich einer medizinischen Behandlung zu unterziehen. Demgemäß würde sich auch die Frage der Empfehlung des HIV-Antikörpertests für Menschen mit Risikosituationen ändern.

Die *zweite* Gruppe, an die sich das Angebot von Beratung und Betreuung richtet, sind jene Personen, die bei dem Test zwar ein negatives Ergebnis mitgeteilt bekommen haben, die aber auf Grund ihrer Lebensgeschichte ein besonderes Infektionsrisiko haben und möglicherweise trotz eines negativen Tests infiziert sind.

Die *dritte* Gruppe, auf die sich das Beratungs- und Betreuungsangebot erstrecken muß, sind jene Personen, die sich, aus welchen Gründen auch immer, bisher nicht haben testen lassen, aber auf Grund ihrer Lebensgeschichte ein Infektionsrisiko haben.

Bei den genannten drei Gruppen sind die Beratungssituationen, das Beratungsbedürfnis und das Beratungsziel nicht immer gleich. So stellt sich bei der zweiten Gruppe mit dem negativen Test ein Beratungsschwerpunkt in der Vermeidung einer Fehldeutung des negativen Testergebisses und bei der dritten Gruppe vor allem die Frage nach einer Testermutigung.

Die Größe der einzelnen Gruppen und ihr zahlenmäßiges Verhältnis untereinander wird vor allem vom Inhalt der Beratungstendenz und von der Akzeptanz des Inhalts und der Bedingungen der Beratung durch die Betroffenen abhängen. Damit wird auch eine gesundheitspolitische Frage aufgeworfen: Je mehr man testet, desto größer wird die Gruppe mit positivem HIV-Antikörpertest.

Der Zuschnitt des Beratungskonzepts kann einen deutlichen Einfluß auf das Verhältnis zwischen Beratung einerseits und interventionistischen Maßnahmen andererseits haben. Je weniger Beratung stattfindet und je weniger präventiv sie angelegt ist, desto größer könnten gesundheitspolitische Forderungen nach seuchenrechtlichem Handeln werden.

Die Größe der Gruppen wird direkt von der jeweiligen Testpolitik, das heißt, von der Breite und Intensität der Testempfehlungen beeinflußt. Sie ist auch abhängig von der Zuverlässigkeit des Testes, von den erwünschten und unerwünschten Wirkungen des Testes, von der Gewährleistung des Datenschutzes und von der Qualität und dem Umfang der Beratung und Versorgung nach dem Test. Die Kommission hat in ihrem *Zwischenbericht* bereits umfangreiche Aussagen zu dem HIV-Antikörpertest, zu dem Testeinsatz und den Folgerungen daraus gemacht (siehe Zwischenbericht, 5. Kapitel: **Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion),** die aber heute nicht mehr von allen Kommissionsmitgliedcrn geteilt werden.

Die Testpraxis macht deutlich, daß die Anzahl von HIV-Antikörperpositiven, die ihren Serostatus kennen und damit fertig werden müssen, in der Zukunft auf jeden Fall anwachsen wird. Die Optimierung und der Ausbau der Beratung und Betreuung von HIV-Antikörperpositiven ist damit in jedem Fall eine gesundheitspolitisch wichtige Aufgabe. Gesundheitspolitisch zu beeinflussen ist allenfalls das Tempo des Wachstums dieser Gruppe.

I. Bestandsaufnahme

2.1 Situation Ratsuchender vor einem HIV-Antikörpertest

Jeder Mann und jede Frau, die in den vergangenen Jahren ungeschützt Geschlechtsverkehr mit Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen hatten, unsterile Spritzbestecke benutzten oder vor Oktober 1985 möglicherweise kontaminiertes Blut oder Blutprodukte aufnahmen, haben ein — zumindest theoretisches — Risiko, HIV-infiziert zu sein. Diese Menschen stehen vor der Frage, ob sie sich durch einen HIV-Antikörpertest eine Sicherheit über ihren Serostatus verschaffen sollen oder nicht.

Darüber hinaus gibt es Personen, die sich für infiziert halten, aber dafür keinen zureichenden Grund haben. Hier dient die Beratung der Abklärung der angeführten Gründe, eventuell auch der Frage, ob durch den an sich nicht indizierten Test ein Beruhigungseffekt zu erwarten ist.

Eine andere Beratungssituation findet sich bei denjenigen, die sich mit triftigem Grund für infiziert halten und sich tendenziell testen lassen wollen. Hier stellt sich die Frage, ob man diese Tendenz bestärken oder ihr entgegenwirken soll. Schließlich gibt es Personen die sich aus triftigem Grund für infiziert halten oder halten müßten, aber den Test für sich ablehnen. In jedem Fall muß die Beratung zu einer selbständigen Entscheidung der Ratsuchenden führen.

Für die Entscheidung, ob im einzelnen Fall zum Test geraten oder davon abgeraten werden soll, kommt es vor allem auf die folgenden Gesichtspunkte an, ohne daß mit der Reihenfolge generelle Wertungen vorgenommen werden sollen:

- Welche Auswirkungen hat das Testergebis auf die gesundheitliche, psychische und soziale Situation des Betroffenen?
- Welche Auswirkungen hat das Ergebnis für das Verhalten des Betroffenen unter dem Gesichtspunkt des Schutzes für andere, besonders für den Sexualpartner?
- Welche Auswirkungen hat das Testergebnis bezogen auf die eigene Gesundheit unter dem Gesichtspunkt „Früherkennung zur Frühbehandlung"?
- Wie hoch sind bei dem einzelnen Betroffenen die zu erwartenden Belastungen bzw. Entlastungen einzuschätzen?
- Steht diesen Belastungen bzw. sonstigen Nachteilen ein zureichender Nutzen für den Betroffenen und dessen Partner gegenüber?
- Welche Rolle spielt bei dieser Einzelabwägung die Frage der statistischen und der einzelfallbezogenen Testsicherheit?

Die *erwünschte Wirkung* des HIV-Antikörpertests ist die Feststellung, ob ein Mensch mit HIV infiziert ist oder nicht. Obwohl die Bestimmung des HIV-Serostatus bei korrektem Testeinsatz (sequentiell zunächst Suchtest, z. B. ELISA, und Bestätigungstests, z. B. Western Blot), verglichen mit anderen Diagnoseinstrumenten mit sehr hoher Treffsicherheit möglich ist, bleiben Restunsicherheiten:

- Antikörper bilden sich erst nach ca. sechs Wochen, gelegentlich aber auch erst sehr viel später im Blut von Infizierten. Dadurch entsteht eine diagnostische Lücke. *)
- Wie bei allen Diagnosen kommt es auch beim sequentiell und sorgfältig durchgeführten HIV-Antikörpertest sowohl zu falsch-negativen als auch zu falsch-positiven Befunden. Folgt man den Herstellerangaben zur technischen Testverläßlichkeit, so bleiben — unter der in der Praxis unrealistischen Annahme absolut fehlerfreier Laborhandhabung — 0,5 % der HIV-Befunde unentdeckt. Andererseits kommt unter der gleichen Annahme auf 20 000 — in welcher Gruppe auch immer — durchgeführte Tests mindestens ein falsch-positiver Befund. Diese falsch-negativen bzw. falsch-positiven Befunde sind auch nicht durch Testwiederholungen zu eliminieren. Das kann sich in Zukunft durch verbesserte Testmethoden ändern.

  Nach Untersuchungen in risikoarmen Bevölkerungsgruppen (z. B. Blutspender) liegt das Risiko, infiziert zu sein, eher unter 20 000. Statistisch gesehen hat in diesen Gruppen ein positives, auch bestätigtes Testergebnis in der Regel einen verringerten Aussagewert, weil die Aussagekraft eines positiven Testergebnisses (positive predictive value) ohne individuelle Risikoanamnese dann weniger als 50 % beträgt.

  Hinzu kommen die durch sorgfältige Handhabung zu minimierenden, aber nicht zu eliminierenden Fehler bei der Blutgewinnung, dem Probentransport, der Laborhandhabung und der Ergebnisübermittlung. Sie machen häufig ein Vielfaches der dem Test immanenten Fehler aus. Sie können aber andererseits auch auf nahe Null reduziert werden. Die Sicherheit der Testaussage ist also unter individuellen Gesichtspunkten durch eine Risikoanamnese und durch Heranziehen neuerer Testmethoden zu verbessern und zu vervollkommnen.
- Die Treffsicherheit des Tests erhöht sich, je wahrscheinlicher der erhobene Befund in der Population ist, zu der das zu untersuchende Individuum gehört (Bayes'sches Theorem). Bei einer zu 10 % infizierten Population steigt — bei absolut fehlerfreier Laborhandhabung — die Aussagekraft (positiv predictive value) eines positiven Testergebnisses auf 99,95 %. Andererseits sinkt dann der predictive value eines — auch korrekt ermittelten — negativen Testergebnisses entsprechend ab. **)

  Wie bei nahezu allen medizinisch-technischen Diagnoseinstrumenten ist auch das Ergebnis eines HIV-Antikörpertests ohne individuelle Anamnese

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 336f. und Seite 338f.

**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 340

kaum interpretierbar. Die Erhebung einer Risikoanamnese im Zusammenhang mit dem HIV-Antikörpertest hat in den letzten Jahren erfreulicherweise stark zugenommen.

Die *erwünschte Wirkung,* also die vollständige richtige Ermittlung der Antikörperträger und Nichtantikörperträger, ist mit den derzeitigen Tests und bei optimaler Laborhandhabung demnach nicht völlig sicher zu erzielen.

Die *unerwünschten* Wirkungen des HIV-Antikörpertests bzw. der Mitteilung des Testergebnisses werden deutlich, wenn man sich vor Augen hält, was neben der Aussage „HIV-positiv" einem symptomlosen Menschen vom Arzt noch mitgeteilt werden kann. Dem Patienten wird gesagt, daß nach den bisherigen Erfahrungen in einem Zeitraum zwischen einem halben Jahr und unbekannt vielen, zehn oder mehr Jahren, die ersten Krankheitssymptome auftreten können oder der Patient erkranken kann.

Der HIV-Antikörpertest ist bei symptomlosen Menschen eine Dispositionsdiagnose, ein positives Testergebnis zeigt keine manifeste Erkrankung an, sondern die — allerdings hohe — Wahrscheinlichkeit, daß nach einem unbekannt langen, oft über 10 Jahre dauernden Zeitraum, HIV-bezogene Symptome auftreten können.

Medizinisch indiziert scheint der HIV-Antikörpertest in der Phase der Symptomlosigkeit dagegen vor einigen Lebendimpfungen, da hier unerwünschte Wirkungen aus der Interaktion mit HIV nicht ausgeschlossen werden können. (Siehe auch 4. Kapitel **AIDS bei Kindern)**

Ob und wie während dieses Zeitraums, also vor dem Auftreten von subjektiv merkbaren Symptomen, die Wahrscheinlichkeit des Krankheitsausbruchs gesenkt oder der Zeitpunkt hinausgeschoben werden kann, ist Gegenstand von zahlreichen Forschungsvorhaben. *)

Weltweit arbeiten Forschungsabteilungen zahlreicher Pharmaunternehmen mit hoher Energie und großem Aufwand an der Entwicklung von Medikamenten, die den Ausbruch der Krankheit verzögern oder verhindern sollen. Die Hoffnungen und Erwartungen von Hunderttausenden von Betroffenen richten sich auf diese Anstrengungen, und auch die behandelnden Ärzte dieser Betroffenen warten darauf, früher, besser und mehr als nur symptomatisch eingreifen zu können. **)

Aufgrund der schwerwiegenden Folgen, die ein positives Ergebnis für den Betreffenden haben kann, muß eine Entscheidung für oder gegen einen HIV-Antikörpertest immer eine individuelle Entscheidung sein. Nach der derzeitigen Rechtslage kann diese Entscheidung nur auf der Basis der Einwilligung des Patienten („Informed consent") getroffen werden. Wirksamkeitsvoraussetzung einer solchen Einwilligung ist die Unterrichtung bzw. das Wissen über folgende mit dem Test zusammenhängende Aspekte:

- Quantitative und qualitative Abschätzungen der individuellen Risikolage sowie der von AIDS ausgehenden Risiken,
- Erörterung der Möglichkeiten und der Notwendigkeit präventiven Verhaltens in Risikosituationen,
- Erörterung der individuellen Schwierigkeiten und Widerstände beim präventiven Verhalten, z. B. bei der Beschaffung und Benutzung von Kondomen und/oder sterilen Spritzbestecken,
- Sicherheit der Testaussage,
- Erörterung des Wertes positiver und negativer Testaussagen für die AIDS-Prävention einerseits und für die eigene Gesundheit und ihrer Gefährdung andererseits und
- Erörterung der individuell vorstellbaren Reaktionsformen auf ein positives oder negatives Testergebnis.

Wenn zwischen Testberatung und Testdurchführung mindestens ein Tag verstreicht, kann sich der individuelle Entschluß für oder gegen den Test festigen. Diese Regelung wird zum Teil von Klinikärzten als nicht praktikabel angesehen und entsprechend in vielen Kliniken nicht beachtet.

2.2 Beratungsziel

Für die Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten müssen demnach zwei Personengruppen unterschieden werden. Zum einen die Gruppe der Personen, die sich nach ausführlicher Beratung zu einem HIV-Antikörpertest entschlossen hatte und als seropositiv diagnostiziert wurde und zum anderen jene Gruppe, die sich in der Vergangenheit Risikosituationen ausgesetzt hatte und sich — ob mit oder ohne Beratung — entschlossen hatte, sich nicht testen zu lassen, dabei aber möglicherweise HIV-infiziert ist und in Abwägung der wünschenswert und nicht wünschenswerten Wirkungen des Tests in der Ungewißheit lebt, infiziert zu sein oder nicht.

Der Beratungsauftrag ist für beide Gruppen gleich. Ziel muß sein, die Schwierigkeiten, die durch die Veränderungen des sexuellen Verhaltens auftreten, zu bewältigen, die psychischen Belastungen aufzufangen, Partnerschaftsprobleme und Probleme im sozialen Umfeld zu mindern.

Ein weiteres Beratungsziel muß darin bestehen, den Betroffenen in einem eigenverantwortlichen Umgang zu unterstützen, der die Risiken für ihn und das Infektionsrisiko für andere so gering wie möglich hält. Daher muß bei der Beratung sorgsam vermieden werden, daß die Betroffenen ihre Infektionsität verdrängen und daß riskante Kontakte von den Betroffenen selbst als hinnehmbar entschuldigt werden.

Bei Personen, die einen positiven Befund mitgeteilt bekommen haben, sind zwei Beratungssituationen voneinander zu trennen: Die *Sofortberatung* bei der Konfrontation mit dem Testergebnis und die spätere *Langzeitberatung.*

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 340
**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 340

Die *Sofortberatung* zielt auf die Bewältigung der im Einzelfall zu erwartenden unmittelbaren Reaktionen des Betroffenen auf die schlimme Nachricht, insbesondere auf die Vermeidung von Kurzschlußhandlungen. Angemessene Information über die durch das Testergebnis indizierten Prognosen, über die Bedeutung und Aussagekraft des Tests sowie über das spätestens von jetzt an gebotene Verhalten gegenüber anderen bei sexuellen Kontakten, Spritzentausch und Blutspenden sollten in der Beratung vor dem Test gegeben worden sein. In der Sofortberatung kann in vielen Fällen nicht damit gerechnet werden, daß die Betroffenen hierfür aufnahmefähig sind. Gleichwohl darf der Hinweis darauf nicht fehlen.

Die *Langzeitberatung* dient der Abklärung, wo die Schwierigkeiten des Betroffenen im Umgang mit seiner neuen Situation liegen, wie man ihnen entgegenwirken kann sowie im Aufbau eines entsprechenden Verhaltens.

Bei Personen, denen ein negativer Testbefund mitgeteilt wurde, besteht eine andere Beratungssituation. Hier muß dem Irrtum vorgebeut werden, als belege das negative Ergebnis irgendeine Art von Immunität und lasse es daher zu, auch weiterhin Risikokontakte einzugehen. Des weiteren ist mit dem Betroffenen abzuklären, ob er sich wohlmöglich in angemessener Zeit erneut einem Test stellen sollte. Auch bei diesem Personenkreis muß es Ziel der Beratung sein, die Minderung des Risikos auf möglichst hohem Niveau zu stabilisieren.

Allgemein gilt für diejenigen, die die Beratung suchen, daß zunächst eine professionelle Einzelberatung, die auch die Fragen der Gestaltung des Lebens und mögliche Lebensstilveränderungen mit aufgreift, der Situation der HIV-Infizierten am besten gerecht wird, wobei unter „professionell" auch die Beratung in Selbsthilfeorganisationen durch ausgebildete Berater zu verstehen ist. *)

2.3 Situation der HIV-Infizierten in Kenntnis ihres Status

Die Mitteilung des Befundes stellt den Betroffenen vor eine völlig neue Situation. Dabei sind drei Problemebenen zu unterscheiden:

— Zunächst geht es um die Angst vor dem Ausbruch und der Entwicklung der Krankheit sowie dem dann absehbar zu erwartenden vorzeitigen Tod.

  Dieses Grundgefühl teilt der HIV-Antikörper-Positive mit Leukämie- oder Melanompatienten. Aber während bei diesen Krankheiten sinnvolle medizinische Interventionen versucht werden können, beschränken sich die Therapieangebote für symptomlos HIV-Antikörper-Positive derzeit noch auf Maßnahmen zur Prophylaxe und auf unspezifische therapeutische Maßnahmen in der Absicht, das Immunsystem zu stabilisieren.

— Hinzu kommt die Gewißheit, von nun an und lebenslang infektiös zu sein und in den bekannten Risikosituationen eine potentiell tödliche Krankheit übertragen zu können.

— Mit der Übermittlung des positiven Testergebnisses setzt in den meisten Fällen zugleich die Angst vor Ausgrenzung, Isolation, Stigmatisierung und Diskriminierung ein.

— Zu beobachten ist aber auch, vor allem bei Menschen, die in der Vergangenheit „at risk" gelebt haben, das Gefühl der Befreiung und Erleichterung nach der Mitteilung der Diagnose HIV-positiv, da das Gefühl der Ungewißheit ebenso eine erhebliche Belastung darstellen kann.

  Dies schließt in der Regel jedoch nicht aus, daß es in der Folgezeit zu den beschriebenen Problemem kommen kann.

Ungeachtet der unterschiedlichen sozialen Lage, in der die Betroffenen sich befinden, ist ihre psychische Situation durch eine Todesbedrohung gekennzeichnet, die dem Leben mit einer „Zeitbombe" gleicht, ohne etwas Entscheidendes dagegen unternehmen zu können.

Es treten Reaktionen auf wie:

— Die Neigung, die Erkrankung als Strafe für unangepaßtes Sexualverhalten oder Drogensucht aufzufassen. Dies kann zu Selbstanklagen bis hin zum Suizid führen.

— Sexuelle Lustlosigkeit und der gänzliche Verzicht auf sexuelle Betätigung aufgrund der Gewißheit, infektiös und bei Sexualkontakten Träger einer potentiell tödlichen Krankheit zu sein.

— Hypochondrische Befürchtungen, das heißt auch geringste körperliche Veränderungen und Laborwertschwankungen werden angstvoll als Anzeichen der Erkrankung erlebt.

Zur Bewältigung dieser Todesbedrohung zeichnen sich zwei Reaktionsformen ab:

Die einen suchen verstärkt nach Beratungs- und Betreuungsangeboten, verändern drastisch ihre Lebens- und Eßgewohnheiten oder lassen immer wieder ihren Immunstatus feststellen. Sie vertrauen sich in diesem Zustand der Medizin an und erleben dies als adäquate Bewältigungsstrategie. Viele Beratungsstellen der Gesundheitsämter, aber auch einige Kliniken und niedergelassene Ärzte tragen dem dadurch Rechnung, daß sie ab dem ersten Kontakt psychosoziale und medizinische Beratung und Betreuung miteinander verbinden.

Andere suchen und finden dagegen Wege der Bewältigung ohne regelmäßige medizinische oder überhaupt professionelle Betreuung. Unter Präventionsgesichtspunkten ist dagegen nichts einzuwenden, wenn sie — wie alle Menschen „at risk" — beim Geschlechtsverkehr und Spritzengebrauch die notwendigen Schutzmaßnahmen beachten. Wenn es gelingt, die Angst vor der Erkrankung und dem Tod zu verdrängen und das normale Leben eines gesunden Menschen zu führen, ist diese Bewältigungsstrategie der medizinischen Betreuung zumindest gleichwertig. Die notwendige Änderung des sexuellen Verhaltens ist mit dieser „gesunden" Verdrängung des HIV-

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 340

positiv-Status vereinbar. Dies gilt insbesondere für Angehörige von Hauptbetroffenengruppen, die in der Regel ihren HIV-positiv-Status schon vor dem Test geahnt haben und deshalb schon vorher ihr sexuelles Verhalten geändert bzw. sich mit den Schwierigkeiten dieser Veränderung auseindergesetzt haben.

Neu stellt sich allerdings mit dem Testergebnis HIV-positiv das Problem, dieses dem gegenwärtigen oder zukünftigen Partner mitzuteilen. Die Bearbeitung dieses Problems wird dem Infizierten oft erst möglich, wenn der dem Testergebnis zumeist folgende Zustand der emotionalen Taubheit abgeklungen ist; deshalb sind sofortige Ermahnungen bei der Testergebnismitteilung oft vergeblich.

Selbst wenn eine Krise mit dem Bekanntwerden des Testergebnisses spontan oder durch stützende Gespräche bewältigt wird, bleibt eine nicht terminierbare existentielle Bedrohung bestehen, durch die es immer wieder zu Belastungen der psychischen, sozialen und physischen Situation kommen kann.

Nur mit Einwilligung des Beratenen darf der Berater Inhalte des Beratungsgesprächs an Dritte weitergeben. Indiskretion auch gegenüber Angehörigen kann zu schweren Schäden führen.

2.3.1 Psychische Situation

In der Auseinandersetzung mit der Diagnose „HIV-positiv" können Depressionen auftreten, die mit Suizidalität sowie psychischen Reaktionen, wie Schuldgefühlen und Ängsten, auch vor den sozialen Konsequenzen der Krankheit, verbunden sind. Der bedrohliche Lebensmittelpunkt eines asymptomatisch HIV-Positiven ist der Widerspruch, sich gesund zu fühlen, aber potentiell todkrank zu sein. Die daraus resultierende und immer wiederkehrende Todesangst kann abhängig von der psychischen Struktur als Angst vor körperlichem Verfall und Siechtum, als Angst vor Schwäche und Angewiesensein auf andere oder als Angst vor dem sozialen Tod erlebt werden. Sie wird darüber hinaus auch stark durch die in den Medien immer wieder — nach heutigem Wissenstand sachlich unzutreffend — beschworene Zwangsläufigkeit der Erkrankung verstärkt.

Nach dem ersten Schock versuchen viele symptomlos HIV-Positive ihre psychische Instabilität dadurch zu bewältigen, daß sie sich der Konfrontation möglichst wenig stellen, zumal sie ohnehin an ihrer Situation selbst nichts ändern können. Dieses Wegsehen, Verdrängen und Verleugen ist ein wichtiger psychischer Abwehrmechanismus, der psychologisch hilfreich ist, weil er es ermöglicht, mit dem schwer Erträglichen zu leben, ohne dabei depressiv oder suizidal zu werden. Häufig sehen Betroffene auch keine Notwendigkeit medizinischer Betreuung. Bei dieser für die psychische Stabilität von HIV-Positiven unter Umständen hilfreichen Verdrängung gerät aber das Angebot von Betreuung in eine paradoxe Situation, da Betreuung einerseits stützen soll, andererseits der Verleugnung entgegensteht. Hieraus erklärt sich aber auch, daß viele der HIV-Positiven keine intensive psychotherapeutische Behandlung oder Betreuung wünscht. Der Hauptakzent psychotherapeutischer Hilfestellungen liegt eher bei punktuellen oder niedrig frequenten Angeboten, wobei gegenüber den Betroffenen immer wieder deutlich gemacht wird, daß sie im Bedarfsfall jederzeit auf eine Beratung zurückgreifen können.

HIV-Positive fürchten häufig von ihrer Umwelt feindselige Reaktionen, d. h. Diskriminierung und verbergen dann aufgrund dieser Angst ihren Immunstatus und auch eventuelle Krankheitsanzeichen. (Auf Diskriminierungsangst, -erfahrungen und -schutz wird unter 2.7.1 und 2.7.2 gesondert eingegangen.)

Eine besondere psychische Belastung stellt für HIV-Positive der Umgang mit der Sexualität dar: Ihnen ist bewußt, daß sie lebenslang ihr Sexualverhalten umstellen müssen; gleichzeitig führt die Angst, ihren Partner trotz Schutzmaßnahmen doch zu infizieren, häufig zu einer unerträglichen psychischen Situation. Viele HIV-Infizierte versuchen die Situation dadurch zu lösen, daß sie sich zumindest zeitweilig die Sexualität völlig verbieten. Auch die gesellschaflichen Moralvorstellungen, Prüderie, Intoleranz bis hin zur Sexualfeindlichkeit, haben großen Anteil an der psychischen Situation, in der sich HIV-Infizierte befinden.

Es ist problematisch, von einem Betroffenen absolute sexuelle Enthaltsamkeit zu verlangen. Gerade HIV-Positive, die auf Sexualität völlig verzichten, gehen in kritischen Phasen eher eine infektionsriskante Eskapade ein als diejenigen, die sich auf eine infektionrisikoarme Sexualität eingestellt haben. Für die psychosoziale Beratung ist es wichtig, daß in der Sexualität nicht nur ein Spaß oder wilder Trieb gesehen wird, sondern gerade in Belastungssituationen und kritischen Lebensphasen ein wichtiger Erlebnisbereich, der als Möglichkeit der psychischen Stabilisierung und Kompensation eine Bedeutung hat. Je psychisch stabiler ein HIV-Positiver ist, desto eher kann man von ihm erwarten, daß er sich auch verantwortlich verhält.

Neben der Verleugnung bzw. Verdrängung ist die bewußte Auseinandersetzung mit der Situation eine weitere Form, mit dieser fertig zu werden. Dies geschieht z. B. in der Form, daß HIV-Positive anderen Betroffenen helfen oder sich in AIDS-Hilfen engagieren, was dazu führen kann, die eigene Lage zu relativieren und vor allem die eigene Angst vor sozialer Diskriminierung und vor dem Alleingelassenwerden abzubauen. Häufig versuchen Betroffene durch Umstellung ihrer Ernährung oder Neuüberdenken der bisherigen Lebensweise ihre körpereigenen Abwehrkräfte zu stabilisieren und den Erkrankungsbeginn hinauszuzögern.

2.3.2 Soziale Situation

Neben den psychischen Belastungen, denen symptomlos HIV-Infizierte sich immer wieder ausgesetzt sehen, kommt es auch in vielen Fällen zu einer drastischen Veränderung der sozialen Situation. Nach der Eröffnung eines positiven Testergebnisses kann das nähere soziale Umfeld häufig psychische Veränderungen bemerken. Das führt dazu, daß selbst HIV-Infizierte ohne jegliche Krankheitssymptome sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen, um peinigenden Fragen aus dem Wege zu gehen. Aus dem Wunsch heraus, Unterstützung zu erhalten, teilen manche

HIV-Positive ihr Testergebnis ihrem sozialen Umfeld (Freund, Kollegen) unüberlegt mit, erleben dann aber oft das Gegenteil, das heißt soziale Isolierung. Andere machen gute, auch überraschende Erfahrungen. Sie erhalten Unterstützung, die sie nicht erwartet hätten. Es scheint sehr wichtig, daß die Frage der Mitteilung des Testergebnisses im sozialen Umfeld sorgfältig und individuell erwogen und nicht in einer ersten Panik entschieden wird.

Können psychische Störungen (extreme Angstzustände, Depressionen, Schlafstörungen usw.) nicht bewältigt werden oder wird der HIV-Infizierte sozial diskriminiert, ist der soziale Abstieg häufig vorprogrammiert. Neben dem Sichzurückziehen aus dem persönlichen Umfeld sind die einsetzenden finanziellen Probleme ein weiterer Schritt in diese Richtung. Aus Angst vor einem Ausbruch der Krankheit versuchen die Betroffenen alles, um dies zu verhindern. In manchen Fällen geben HIV-Infizierte sehr hohe Beträge für fragwürdige Methoden zur Aufrechterhaltung ihres Gesundheitszustandes aus.

Bei sozialer Diskriminierung, z. B. am Arbeitsplatz, kommt es in Extremfällen sogar zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Damit beginnt dann ein sozialer Abstieg, der im völligen Zusammenbruch des bisherigen Lebensumfeldes endet (Schulden bei Freunden, Umschuldung, Sperrung des Telefonanschlusses, Kündigung der Wohnung etc.).

2.3.3 Physische Situation

Mit der Mitteilung eines positiven Testergebnisses wird es für die Betroffenen zur Gewißheit, infektiös zu sein. Obgleich ein positives HIV-Antikörpertestergebnis keine Symptomdiagnose, sondern den Befund über einen sonst nicht merkbaren Zustand darstellt, kann es nach der Testmitteilung auch zu somatischen Auswirkungen kommen: Viele HIV-Antikörper-positive Menschen neigen nach der Mitteilung des Testergebnisses zu psychosomatischen Reaktionen mit zum Teil erheblichem Krankheitswert wie z. B. Herzrasen, Schweißausbrüchen, Durchfällen und anhaltenden Konzentrationsstörungen.

Ein anderer Aspekt betrifft die ängstliche Wahrnehmung und Überbewertung auch banaler Symptome. Hypochondrische Potentiale werden dabei aktiviert. Unabhängig von der Infektion entsteht so ein medizinischer Behandlungsbedarf.

Bei Infizierten können sich unmerklich körperliche Veränderungen einstellen, die unter Umständen ein Voranschreiten des Infektionsverlaufs anzeigen. Daher ist es wünschenswert, daß jeder Infizierte nach der Feststellung von HIV-Antikörpern zu einem Arzt seiner Wahl Kontakt hält. *)

2.4 Beratungs- und Betreuungsangebote

Die Beratung und Betreuung der symptomlos HIV-Infizierten, die diese Hilfe suchen, liegt zu großen Teilen im Bereich nicht staatlicher Hilfen, der durch die Modelle der Bundesregierung unterstützt wird. Staatliche und nicht staatliche Beratungs- und Betreuungsangebote, beispielsweise von Ärzten, Psychologen und Sozialpädagogen, richten sich gleichermaßen an symptomlose HIV-Antikörper-positive Menschen wie an Menschen mit Vorstadien oder dem Vollbild von AIDS. Das ist auch sachgerecht, weil alle mit zum Teil identischen Problemen zu kämpfen haben.

Die nach dem Auftreten von AIDS in den ersten Jahren zu beobachtende mangelnde soziale Akzeptanz der Krankheit hatte zur Folge, daß der Schwerpunkt der Hilfsangebote auch heute noch im nicht staatlichen Bereich liegt. Dies rührt u. a. daher, daß zu Beginn Mißtrauen gegenüber staatlichen Beratungsangeboten vorhanden war und in dem Maße stieg, wie HIV-Positive die AIDS-Politik als gegen sich gerichtet sahen und den Eindruck bekamen, als potentielle Sexualstraftäter statt als Ratsuchende behandelt zu werden. Umfragen belegen aber, daß die soziale Akzeptanz inzwischen stark zugenommen hat, so daß heute auch die Beratungsangebote der Gesundheitsämter verstärkt angenommen werden. Dennoch werden in Zukunft weiterhin die Hilfsangebote von nicht staatlichen Stellen stark beansprucht werden. Zunehmende Bedeutung kommt dabei auch den Selbstvertretungsorganisationen von Menschen mit HIV oder AIDS zu, die bislang nur unzureichende oder überhaupt keine öffentliche Förderung erhalten.

Gerade auf dem ureigensten Gebiet staatlicher Hilfsmöglichkeiten, der sozialen Absicherung, kommt es bezogen auf die Bedürfnisse der Betroffenen immer noch vor, daß diese, auch aufgrund von bürokratischen Hemmnissen, nicht oder nicht in ausreichendem Maße greift. Bei AIDS-Kranken, die aufgrund der Krankheit den Arbeitsplatz verlieren, fehlt meist eine ausreichende finanzielle Grundlage, wie z. B. bei frühzeitiger Berentung. Deshalb versuchen die AIDS-Stiftungen, unbürokratisch materielle Versorgungslücken zu schließen. Neben Einzelfallhilfe, z. B. der Übernahme von Telefonkosten, der Hilfe zur allgemeinen Lebensführung, der Gewährung von Zuschüssen für Erholungsreisen, fördern die AIDS-Stiftungen Projekte zur ambulanten Betreuung auf dem Land, Selbsthilfegruppen, aber auch Forschungsvorhaben.

Neben Modellprogrammen zur psychosozialen Betreuung und Versorgung, auf die unter Punkt 4 und im 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche** AIDS gesondert eingegangen wird, werden vor allem von Selbsthilfegruppen, von Kirchen und von den Trägern der freien Wohlfahrtspflege Hilfen angeboten. Diese Hilfsmöglichkeiten, die zu Beginn hauptsächlich im nicht profesionellen, ehrenamtlichen Bereich bestanden, sind nunmehr auch durch Angebote professioneller Art, das heißt durch hauptamtlich beschäftigte Fachkräfte ergänzt worden.

Wie bei anderen chronischen Krankheiten kommt den Selbsthilfegruppen angesichts des häufigen Verlustes sozialer Kontakte, der für die Betroffenen mit der Diagnose „HIV-positiv" einhergeht, eine große Bedeutung zu. In Form von Kontakten, Aktionen, Erfahrungsaustausch, materiellen Hilfen usw. bieten die Selbsthilfegruppen den Betroffenen eine Wiederher-

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 341 f.

stellung bzw. einen Ersatz des sozialen Netzes. Sie eröffnen aber auch den Betroffenen die Möglichkeit, sich über das Engagement in diesen Gruppen mit ihrer eigenen Situation auseinanderzusetzen und diese somit besser zu bewältigen. *)

In der Medizin zeichnet sich derzeit die Möglichkeit ab, denjenigen HIV-Infizierten, die ein deutlich und kontinuierlich geschwächtes Immunsystem aufweisen, prophylaktische Therapieformen anzubieten. Diese Entwicklung muß sorgfältig beobachtet werden, weil aus ihr wichtige Konsequenzen für Beratung, Betreuung und Therapie von HIV-symptomlosen Menschen folgen können.

Psychosoziale Beratungsstrategien während der symptomlosen Phase orientieren sich an der durch den Patienten zu verarbeitenden Gewißheit, mit einer Infektion zu leben, die in naher oder ferner Zukunft ausbrechen kann. Ob die Zeit von der Infektion bis zum Ausbruch der Krankheit durch psychosoziale Beratung beeinflußt werden kann, ist völlig offen. Psychosoziale Beratungsstrategien haben sich deshalb am Schicksal jedes Einzelnen bzw. der sozialen Gruppenzugehörigkeit (Hauptbetroffenengruppe) zu orientieren.

In Ermangelung wirksamer Therapien werden — auch außerhalb der Forschung — in regelmäßigen Abständen umfassende diagnostische, vor allem Labor-, aber auch neurologische Untersuchungen durchgeführt (Staging). Diese Untersuchungen haben bei symptomlos HIV-Positiven keine therapeutische Konsequenz, zum Teil können sie aber später beim Auftauchen von ersten Symptomen wichtige Hinweise zur Einschätzung und Behandlung liefern. Vor ihrem Einsatz muß die Wirkung solcher Diagnostik auf das psychische Befinden des HIV-Positiven mitbedacht werden, um nicht erfolgreiche Bewältigungsformen zu erschüttern oder hypochondrische Befürchtungen zu mobilisieren. Ein am Selbstbestimmungsrecht des HIV-Positiven orientiertes ärztliches Vorgehen wägt deshalb mit dem HIV-Positiven zusammen die Chancen und Risiken dieser Maßnahmen ab sowie die Konflikte zwischen dem Forschungsinteresse des Arztes und einer möglichen psychischen Labilisierung des HIV-Positiven.

In ihrer Not suchen die Betroffenen oft Heilpraktikter auf. Diese verlangen für ihre Dienste häufig viel Geld, Therapieerfolge können jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die große Varianz des Spontanverlaufs der HIV-Infektion kann möglicherweise darauf hindeuten, daß neben physiologischen und immunologischen Variablen auch solche der Lebenslage, der psychischen Ausgeglichenheit und der sozialen Einbettung eine erhebliche Rolle spielen und deshalb auch für die Betreuung/Behandlung von großer Bedeutung sind.

Angesichts der Situation, daß zur Zeit weder die Schulmedizin noch alternative Methoden wie Naturheilkunde oder Homöopathie symptomlos HIV-Infizierten wirklich helfen können, stellt sich die in Fachkreisen kontrovers diskutierte Frage, ob das fortwährende Diagnostizieren von Menschen ohne Krankheitssymptome besser ist als das Nichtwissen der Infektion oder der Versuch der Bewältigung ohne medizinische Kontrolle.

2.4.1 Spezifische Beratung und Betreuung von homosexuellen und bisexuellen HIV-Antikörperträgern

Die größte Gruppe unter den HIV-Positiven und AIDS-Kranken ist nach wie vor die der homosexuellen Männer. Bei vielen homosexuellen HIV-Positiven mischt sich die Angst vor einer möglichen Erkrankung mit einer starken Verunsicherung ihrer homosexuellen Identität. Der Prozeß der Annahme der eigenen homosexuellen Orientierung, das sogenannte Coming out, ist ein individuell unterschiedlich verlaufender, krisenhafter Prozeß, der häufig mißlingt und Spuren hinterläßt. Im Idealfall wird die eigene Homosexualität entdeckt, zunächst zurückgedrängt, dann allmählich akzeptiert, in die eigene Identität integriert und schließlich auch nach außen hin vertreten.

Wenn das Coming out zu einem nicht selbst gewählten Zeitpunkt durch die Diagnosemitteilung „HIV-positiv" oder an „AIDS erkrankt" erzwungen wird, kann es zu massiven Schuldgefühlen, Selbstverurteilungen bis hin zur Suizidgefahr kommen. Die gesellschaftliche Diskriminierung verstärkt die Selbstentwürdigung zusätzlich, das heißt homosexuelle bzw. bisexuelle HIV-Infizierte müssen sich mit der Erfahrung sozialer Isolation auseinandersetzen. Hinzu kommt in vielen Fällen die Angst von homosexuellen HIV-Infizierten vor der mit dem Ausbruch der Krankheit unumgänglichen Selbstoffenbarung ihrer Homosexualität gegenüber der eigenen Familie.

Zur Bewältigung von Krisen leisten gerade für die Gruppe der Homosexuellen die AIDS-Hilfen eine wichtige Arbeit. Sie sind in den meisten Städten aus Homosexuellenorganisationen hervorgegangen und haben sich schnell mit gutem Erfolg organisiert. Dieser Umstand verringert die Schwellenangst und läßt Gespräche oder psychosoziale Hilfen nach dem Bedarf der Betroffenen zu.

Bisexuelle HIV-Positive haben oft einen erheblichen Beratungsbedarf, aber große Schwellenängste hindern sie daran, sich an Beratungsstellen zu wenden. Dies hängt damit zusammen, daß sie selten offen bisexuell leben, sondern mehrheitlich hinter einer heterosexuellen Fassade heimlich homosexuelle Kontakte haben, die nun mit der Diagnose HIV-positiv offenbar zu werden drohen. Ein offenes Problemfeld der Beratung ist die Veränderung des sexuellen Verhaltens, da eine wichtige Voraussetzung dafür, nämlich die Akzeptanz des eigenen sexuellen Verhaltens, häufig fehlt. Viele verheiratete bisexuelle HIV-Positive fürchten bei einer Änderung ihres sexuellen Verhaltens (z. B. Kondomanwendung) ihrer Partnerin die eigene Homosexualität gestehen zu müssen. Dem Beratungs- und Betreuungsbedarf der Zielgruppe der bisexuellen HIV-Positiven wird bislang noch wenig entsprochen. Hier zeichnet sich für den öffentlichen Gesundheitdienst eine wichtige Aufgabe ab.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 342

2.4.2 Spezifische Beratung und Betreuung von HIV-Antikörperträgern aus der Drogenszene

Völlig anders stellt sich die Situation bei der Gruppe der i.v.-Drogenabhängigen dar. Schätzungen von HIV-Infektionen bei i.v.-Drogenabhängigen konnten zwar bezüglich der früheren Annahmen nach unten korrigiert werden; gleichwohl liegt hier unter dem Aspekt der Primärprävention nach wie vor ein wichtiges Problem. In der Präventionsarbeit und Beratung im Zusammenhang mit i.v.-Drogenbenutzung wird häufig das Needle sharing als wichtigster oder gar einziger Infektionsweg angesprochen. Die selbstverständliche Tatsache, daß infizierte i.v.-Drogenbenutzer andere Menschen auch durch ungeschützten Geschlechtsverkehr infizieren können und daß i.v.-Drogenbenutzer durch ungeschützten Sexualverkehr in ihrer eigenen Szene einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind, wird dabei häufig nicht genügend betont. In die Drogenarbeit muß deshalb verstärkt der Aspekt der Sexualität einbezogen werden.

Die Testproblematik spielt bei dieser Hauptbetroffenengruppe wegen der eingeschränkten Freiwilligkeit eine besondere Rolle. Es ist davon auszugehen, daß die Testquote bei Drogenabhängigen schon durch die Pressionsmöglichkeiten, die es in unterschiedlichen Institutionen gibt, sehr hoch ist.

Bezogen auf die Gesamtgruppe der i.v.-Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland gehen einige Experten derzeit von einem Anteil von 15 % bis 20 % Infizierten aus, wobei diese Rate regional und von Szene zu Szene sehr unterschiedlich sein kann.

Ehemals Drogenabhängige erleben die Diagnose HIV-positiv sehr unterschiedlich. Manche reagieren resignativ, werden in ihrer Entwicklung sehr labilisiert und sind dadurch stark rückfallgefährdet. Andere werden von ihrer erfolgreich verdrängten Vergangenheit eingeholt. Es ist aber auch zu beobachten, daß ein HIV-positives Ergebnis den Lebenswillen verstärkt und neue Energien mobilisiert. Ähnliche Reaktionen werden auch bei Drogenabhängigen beobachtet, die während einer stationären Entwöhnungstherapie ihr HIV-positiv-Ergebnis erfahren.

Von der Kommission angehörte Praktiker der Drogenarbeit (Streetworker, Betreuer, Therapeuten) sehen die Vornahme des HIV-Antikörpertests bei Drogenabhängigen, die sich noch in der Szene befinden, häufig als kontraproduktiv an, denn die psychische Situation der Angehörigen dieser Gruppe erweist sich nach der Mitteilung „HIV-positiv" meist als völlig desolat und ist vor allem von Resignation gekennzeichnet. Unter dem ständigen Druck zur Finanzierung der Droge empfinden viele die Tatsache, mit HIV infiziert zu sein, als ein geringeres Problem. Vielfach auf Unverständnis, da ohne sachliche Grundlage, stößt in diesem Zusammenhang die Praxis der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), die nach wie vor den HIV-Antikörpertest vor Therapiebeginn verlangt.

Konkrete Beratungs- und Betreuungsangebote für HIV-infizierte i.v.-Drogenabhängige gehen in der Bundesrepublik Deutschland von den Drogenhilfen und zusätzlich auch von den AIDS-Hilfen aus, wobei jedoch keine speziellen Angebote nur für HIV-Infizierte gemacht werden. Die Angebote richten sich vielmehr an alle Drogenabhängigen, denn die Infektion darf nicht Qualifikation für Beratung und Betreuung sein.

Beratung und Betreuung HIV-infizierter i.v.-Drogenabhängiger kann nur erfolgreich sein, wenn sie Drogen- und zugleich Lebensberatung ist. Dazu gehört aber auch die Bereitstellung von sterilen Spritzbestekken, das Sicherstellen niederschwelliger Angebote (Kontakt- und Übernachtungsstellen sowie Wohngemeinschaften), das zahlenmäßige Aufstocken der „Entgiftungsplätze" sowie die Möglichkeit der kontrollierten Methadonabgabe unter Aufsicht eines in Drogentherapie erfahrenen Arztes.

In anderen Ländern (z. B. Niederlande, Schweiz), in denen es für Heroinabhängige zum einen Substitutionsprogramme und zum anderen ein breites Angebot an niederschwelligen, das heißt nicht Drogenfreiheit voraussetzende therapeutische und soziale Hilfsangebote gibt, ist die psychische und soziale Situation der HIV-positiven Drogenabhängigen, die nicht zu einer Entwöhnungstherapie in der Lage sind, erheblich besser.

2.4.3 Spezifische Beratung und Betreuung von HIV-Antikörperträgern aus der Gruppe der Bluter

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es ca. 6 000 Bluter, wovon ca. 3 000 zur Gruppe der Bluter mit schweren Gerinnungsstörungen zu zählen sind; ca. 1 300 Bluter sind mit HIV infiziert.

Der gegenüber homosexuellen Männern und i.v.-Drogenabhängigen in der Öffentlichkeit erhobene Vorwurf, sie bzw. ihr Lebensstil seien schuld an ihrer Infektion, wird gegenüber Blutern nicht gemacht. Sie haben aber ebenfalls allein aufgrund der Infektion oft unter sozialer Diskriminierung zu leiden; innerhalb ihrer Familien erfahren sie jedoch selten Ausgrenzung.

Gerade junge Bluter neigen dazu, ihre Grunderkrankung zu verleugnen und sich besonders waghalsig und wenig auf Verletzungen achtend zu verhalten. Diese Verleugnung bricht mit der HIV-Infektion zusammen. Manche Eltern infizierter Minderjähriger verschweigen diesen die Infektion, doch meist spüren die Kinder sehr wohl die Angst und Belastung der Eltern, so daß sich ein gegenseitiges Verstecken unter dem Mantel des Beschützenwollens entwickelt. Junge Bluter trifft die Diagnose HIV-positiv mitten in der pubertären Entwicklung. Später erleben manche dann Probleme im Zusammenhang mit der Familienplanung.

In der Beratung und Betreuung der HIV-positiven Hämophilen besteht eine besondere Schwierigkeit, da die Hämophilen nicht aus Ballungszentren kommen, sondern in der ganzen Bundesrepublik Deutschland verteilt wohnen, also auch in Kleinstädten und Dörfern, und dort dichterer „sozialer Kontrolle" unterliegen. Oft suchen die Hämophilen ihren Arzt vor Ort überhaupt nicht auf, weil sie Angst haben, daß dann in

ihrer sozial stark kontrollierten Umgebung schnell die Infektion bekannt wird. Dies hat dazu geführt, daß die Behandlungszentren neben der medizinischen Versorgung immer mehr auch die psychosoziale Beratung und Betreuung der HIV-positiven Hämophilen übernommen haben.

Die Frage der Besteuerung der Abfindungszahlungen der pharmazeutischen Industrie an durch Blutderivate HIV-infizierte Bluter sowie die Anrechenbarkeit dieser Entschädigungen auf Sozialleistungen ist noch ungelöst.

2.4.4 Spezifische Beratung und Betreuung von HIV-Antikörperträgern aus der Prostituiertenszene

Obwohl die registrierten Prostituierten nicht zu den Hauptbetroffenengruppen gezählt werden, sind sie insofern einem erhöhten Infektiosrisiko ausgesetzt, als — trotz intensiver Aufklärung — viele Freier immer noch Kondome ablehnen und für ungeschützen Geschlechtsverkehr höhere Preise zahlen.

Wie im Kapitel Primärprävention des *Zwischenberichts* bereits dargelegt, muß zwischen der berufsmäßigen Prostitution, der Beschaffungsprostitution und der Gelegenheitsprostitution unterschieden werden. Die nicht drogenabhängigen Prostituierten sind gesundheitsbewußt und bestehen von sich aus auf der Benutzung von Kondomen zur Sicherung ihrer Gesundheit und Erwerbsfähigkeit, es sei denn, daß sie sich dem Druck der Freier auf ungeschützten Geschlechtsverkehr nicht entziehen können.

Eine andere Lebensperspektive zu entwickeln und aus der Prostitution auszusteigen, ist aufgrund der gesellschaftlichen und „rechtlichen" Stellung der Prostiuierten sowie deren Abhängigkeit gegenüber den Zuhältern ohne staatliche Hilfen nur schwer möglich. Solche Hilfen müssen sich auf alle Prostituierten und nicht nur auf infizierte beziehen.

Es gibt deshalb in einer Reihe von Großstädten zum Teil umfassende Betreuungsangebote für Prostituierte. In Berlin beispielsweise betreuen rund 40 Mitarbeiter ca. 2 500 männliche und weibliche Prostituierte.

In Hamburg wurde am 1. Februar 1987 die zentrale Beratungsstelle für Prostituierte der Gesundheitsbehörde Hamburg eingerichtet, in der neben dem medizinischen Personal neun Streetworker beschäftigt sind.

Beratung und Betreuung in der Prostituiertenszene heißt für Streetworker in erster Linie, als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen und eine Situation des Vertrauens aufzubauen. Deshalb wird beispielsweise in Hamburg oder Berlin möglichst auf Zwangsmaßnahmen zugunsten von Sozialarbeit (z. B. Streetwork) und Ausstiegsprogrammen verzichtet, während in einigen anderen Bundesländern nach Kenntnis der Infektion staatliche Maßnahmen zur Anwendung kommen.

Bundesweit einmalig ist außerdem das Projekt der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die mit der Selbsthilfegruppe HYDRA eng zusammenarbeitet. Dort wird versucht, ausstiegswilligen, berufsmäßigen Prostituierten Beschäftigungsmöglichkeiten anzubieten, wobei eine notwendige Bedingung bei der Beschäftigung ausstiegswilliger Frauen die Möglichkeit der Geheimhaltung der vormaligen Tätigkeit sein muß. Ein Bekanntwerden kann zum Verlust des neuen Arbeitsplatzes führen.

Bei der Beschaffungsprostitution ist die Situation um ein Vielfältiges schwieriger. Vergleichbares gilt auch für den Stricherbereich. Ziel der Anwesenheit von Streetworkern, das heißt Ansprechpartnern, ist eine Kette von Betreuungsangeboten, die sich erstrecken von der Information über die soziale Beratung, die Drogenberatung, Kriseninterventionen und Suizidprophylaxe bis zur Vermittlung an andere spezialisierte Institutionen.

Bei der Bereitstellung solcher Betreuungsangebote wird gefordert, nicht zwischen HIV-Positiven, HIV-Negativen und Nichtgetesteten zu unterscheiden, da die Infektion nicht zur Qualifikation werden darf. Gerade in dieser Szene ist immer wieder zu beobachten, daß zwar die Angst vor der Infektion sehr groß ist, ein positives Testergebnis in der Regel jedoch nicht zur Änderung der Lebenssituation führt. Ausstiegshilfen sind hier die einzige Möglichkeit, den Teufelskreis der Beschaffungsprostitution zu durchbrechen. Diese Hilfen müssen zwar so vielfältig sein wie die Individuen, lassen sich aber auf folgende wichtige Punkte zusammenfassen:

- Einrichten von suchtbegleitenden Kontakt- und Übernachtungsstellen,
- Kontaktstellen mit Wasch- und Duschmöglichkeiten,
- frei verfügbare Einwegspritzen,
- Zurverfügungstellen von Wohnraum, das heißt ambulant betreutes Einzelwohnen mit flexiblen Altersgrenzen und
- Aufstockung der Entgiftungs- und Langzeittherapieplätze, da eine monatelange Wartezeit gerade für HIV-Positive unzumutbar ist.

In begründeten Einzelfällen bedeutet Ausstiegshilfe aus der Drogenszene aber auch die Vergabe von Methadon unter ärztlicher und obligatorischer psychosozialer Betreuung, und dies nicht als Ersatz für eine Abstinenztherapie, sondern als Ergänzung für diejenigen, für die eine Abstinenztherapie (noch) nicht in Frage kommt.

2.4.5 Spezifische Beratung und Betreuung von HIV-positiven Frauen

Die meisten HIV-positiven Frauen sind i.v.-Drogenabhängige bzw. waren es (vergleiche 2.4.2). Ein bis jetzt noch kleiner aber zunehmender Teil HIV-positiver Frauen hat sich durch einen Partner, der drogenabhängig war oder ist, oder der Bluter ist, sexuell infiziert. Diese Gruppe von HIV-positiven Frauen ist oft sehr allein mit ihrer Diagnose und findet selten Anschluß an Selbsthilfegruppen, weil sie mit ihrer spezi-

fischen Problematik nicht in diese Gruppen passen. Hier besteht weiterer Bedarf an Beratungs- und Betreuungsabgeboten.

Ein besonderes Problem bei der Beratung und Betreuung von HIV-positiven Frauen betrifft Fragen der Empfängnis, der Schwangerschaft und der Geburt.

2.4.5.1 Beratung und Betreuung von HIV-positiven Schwangeren

Die Entscheidung der Mutter für oder gegen die Schwangerschaft wird wesentlich vom Informationsstand über die Chancen des Kindes beeinflußt. Daher ist es wichtig, eine HIV-positive Schwangere frühzeitig über die Perspektiven des Kindes sowie über die mütterlichen Risiken aufzuklären. Dazu gehören Angaben über die vertikale Transmissionsrate, die aussagt, daß etwa 20—40% der Neugeborenen HIV-infizierter Mütter, die die Schwangerschaft austragen, tatsächlich Träger der HIV-Infektion sind und im weiteren Verlauf auch klinische Symptome entwickeln.

Bezüglich der Risiken einer Schwangerschaft für eine HIV-positive Patientin stehen derzeit noch keine eindeutigen Ergebnisse zur Verfügung. Die Schwangerschaft als Phase erniedrigter zellulärer Immunreaktion zeigt in der Regel eine Veränderung der immunologischen Parameter, wie sie auch bei klinischer Progredienz der HIV-Infektion auftreten kann. Die Immunsuppression scheint jedoch zumindest bei asymptomatischen Frauen im frühen Stadium in der Regel reversibel. Nach der Geburt des Kindes kommt es meist zur völligen Normalisierung der immunologischen Parameter.

Anders ist dies bei fortgeschrittener HIV-Infektion im symptomatischen Stadium. Hier liegen Berichte vor, die auf eine negative Beeinflussung des Krankheitsbildes durch die Schwangerschaft mit rascher Progredienz hinweisen.

Entscheidet sich die Frau zum Austragen der Schwangerschaft, so erfordert dies den intensiven Einsatz adäquater Mittel. Dazu gehören neben medizinischen, wie erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, vor allem psychosomatische und psychotherapeutische Interventionen, die in keinem Fall mit der Geburt des Kindes enden dürfen.

2.4.5.2 Problematik des Schwangerschaftsabbruchs und der Geburt

Die HIV-Infektion einer Schwangeren eröffnet die Möglichkeit einer Indikationsstellung nach § 218 a StGB für einen Schwangerschaftsabbruch. Viele Schwangere machen jedoch davon keinen Gebrauch.

HIV-infizierte Schwangere kommen überwiegend aus der Drogenszene. Sie tragen sich allerdings nicht alle mit dem Wunsch eines Schwangerschaftsabbruchs. Im Gegenteil möchten manche ihr Kind eher gerne behalten.

Durch qualifizierte Beratung sollen HIV-infizierte Schwangere in die Lage versetzt werden, das Risiko ein Kind zu bekommen, zutreffend einzuschätzen und vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Situation zu entscheiden, ob sie einen Abbruch durchführen lassen wollen oder nicht.

Auf welchem Weg ein während der Schwangerschaft HIV-exponiertes Kind zur Welt gebracht werden soll, ist bisher nicht eindeutig geklärt. Mit zunehmendem Wissen um die HIV-Infektion hat sich die anfängliche Festlegung auf eine Entbindung durch Kaiserschnitt zum Schutz des Kindes vor einer Infektion verlagert. Die vaginale Entbindung des Kindes erwies sich gegenüber dem Kaiserschnitt nicht als nachteilig für die Prognose. Trotzdem wird heute die Indikation zur Schnittentbindung großzügig gestellt, da sie der schonendere Geburtsweg für das Kind ist und vielfach den Verzicht auf invasive Eingriffe, wie das Anlegen einer Kopfschwartenelektrode oder die Vakuum- bzw. Zangenextraktion bei vaginaler Entbindung ermöglicht. Wird ein HIV-exponiertes Kind auf vaginalem Weg entbunden, so soll nach Möglichkeit auf den Dammschnitt oder für das Kind invasive Maßnahmen verzichtet werden.

2.4.5.3 Entzugsbehandlung in der Schwangerschaft und Methadonsubstitution

Wie schon erwähnt, sind oder waren die meisten HIV-infizierten Schwangeren i.v.-drogenabhängig. Daraus ergeben sich besondere Probleme in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Bei starken Schwankungen der Suchtmitteldosis besteht die Gefahr des intrauterinen Todes. Drohende Asphyxie bei abruptem Entzug oder Dosisschwankungen des Suchtmittels sind eine Indikation für Methadon (L-Polamidon) oder andere Opiate und damit für eine kontinuierliche Betreuung der drogenabhängigen Schwangeren ambulant oder stationär. Die tägliche Substitution von Methadon muß unter ärztlicher Kontrolle geschehen.

Für die Substitution von Schwangeren mit Methadon gilt § 13 BtMG (vergleiche *Zwischenbericht*). Danach darf die Schwangere in den letzten Monaten substituiert werden. Für die ersten Schwangerschaftsmonate und für die Zeit nach der Entbindung ist die Situation umstritten.

Die enge Anbindung der Schwangeren an einen Arzt oder eine Beratungsstelle während der Schwangerschaft bietet die Möglichkeit der Vorbereitung auf das Leben mit dem Kind und die weitere eigene Zukunft. Für die Nachsorge bietet sich ein langfristiges Kontaktangebot mit der Möglichkeit der ärztlichen, sozialen und psychotherapeutischen Inanspruchnahme an.

2.4.6 Spezifische Beratung und Betreuung von HIV-positiven heterosexuellen Männern

Die Zahl der heterosexuell HIV-Infizierten Männer ohne zusätzliches Infektionsrisiko (Benutzung unsteriler Spritzbestecke, ungeschützter Geschlechtsverkehr mit i.v.-drogenbenutzenden Prostituierten, Sextourismus) ist in der Bundesrepublik Deutschland (noch) sehr niedrig. Nach der Feststellung eines posi-

tiven Testergebnisses finden sie bisher keinerlei gruppenspezifische (Selbsthilfe) Betreuungs- und Beratungsangebote und sind auf Einzelberatungen durch Ärzte und Psychotherapeuten angewiesen.

2.5 Beratungs-, Betreuungsmodelle und Organisationsformen

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich Beratungs- und Betreuungsmodelle in unterschiedlichen Organisationsformen entwickelt. Allen Modellen gemeinsam, wenn auch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, ist eine fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Selbsthilfegruppen. Sie müssen sich alle daran messen lassen, daß eine Betreuung von HIV-infizierten Menschen das Ziel haben soll, mit der Belastung durch das Wissen der eigenen Infektion zu leben, damit fertigzuwerden und eine gesunde Lebensführung zu erreichen. Dabei sind der Umgang mit Krisensituationen aus eigener Kraft zu fördern, Bewältigungsstrategien zu vermitteln, die Kompetenz des Betroffenen zu stärken und die Selbstverantwortung des Patienten zu fördern.

Die Einschätzung solcher Modelle ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr unterschiedlich: Erste Versuche sind in Frankfurt, Köln/Bonn und München angelaufen. Andere Bundesländer beabsichtigen bisher nicht, entsprechende Modelle zu fördern. Der Senat von Berlin hat die Errichtung eines Modells nach Frankfurter Vorbild ausdrücklich abgelehnt.

2.5.1 Das Frankfurter Modell

2.5.1.1 Beschreibung des Modells

Im Rahmen klinischer Untersuchungen wurde 1987 im Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) ein ambulantes ärztliches Betreuungsprogramm für klinisch symptomlos HIV-Infizierte entworfen und als „Frankfurter HIV-Modell" im November 1987 in Frankfurt vorgestellt. Das Modell versteht sich als empirisches Forschungsprojekt, das in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), niedergelassenen Ärzten und Forschungsinstituten sowie dem BMJFFG geplant wurde und in Frankfurt seit Anfang 1988 durchgeführt wird.

In dem Modell werden symptomlos Seropositiven eine ärztliche Betreuung mit jährlich bis zu 4 Untersuchungen und Beratungen auf anonymer Basis angeboten. Das Modell soll eine Bestandsaufnahme der oft jahrelangen Latenzzeiten der Infizierten darstellen. Dabei sollen zunächst immunologische Parameter (Antikörper, zellulärer Immunstatus und gegebenenfalls Viruskulturen) bestimmt werden. Im weiteren Verlauf sollen Diät- und Behandlungsvorschläge folgen.

Von vornherein mußte das Programm als offenes Programm angesehen werden, da es sich entsprechend dem jeweiligen Erkenntnisstand weiterentwickelte. Lange Latenzzeiten bei der HIV-Infektion waren bekannt, aber über die Vorgänge während dieser Latenzzeiten gibt es bis heute nur bruchstückhaftes Wissen. Vor allem war ein Leitmotiv für die Einrichtung dieses Modells, daß die Behandlung der Stadien ARC und AIDS unbefriedigend war, weil zu diesem Zeitpunkt das Immunsystem bereits funktionsunfähig war. Daher sollte die Beobachtung, Betreuung und später auch Behandlung in das asymptomatische Stadium vorgezogen werden.

Als Organisationsform wurde eine Kooperation zwischen praktizierenden Ärzten, die symptomlos HIV-Infizierte betreuen, und dem chemotherapeutischen Forschungsinstitut, Georg-Speyer-Haus in Frankfurt, als Laborleitstelle gewählt.

Die ersten Kontakte zu Ärzten mit Erfahrung in der Betreuung von HIV-Positiven wurden über die KV Hessen hergestellt. Zur Wahrung der Anonymität erhält und erhielt sie zu keinem Zeitpunkt Befunde, sondern lediglich von der Laborleitstelle Quartalslisten mit den Namen der Ärzte und der Anzahl der Behandlungen, für die ihnen eine Vergütung zusteht. Die Untersuchungen werden dem Patienten auf freiwilliger Basis angeboten. Einberufungen zur Untersuchung erfolgen nicht. Die KV Hessen bot zusätzlich aus eigenen Finanzmitteln psychologische Weiterbildungsmöglichkeiten für die am Modell teilnehmenden Ärzte an.

In das Modell werden nur Betroffene aufgenommen, deren positive serologischen Befunde bereits erhoben sind. Die Projektträger und die beteiligten Wissenschaftler legen Wert auf die Feststellung, daß die Teilnehmer als vollberechtigte, eigenverantwortliche Individuen anerkannt werden. Ihre Bereitschaft zur Kooperation und ihre Bereitschaft, durch ihre Teilnahme zukünftig Leidensgenossen helfen zu können, wird aktiviert. Anonymität, freie Arztwahl und das Recht, den Arzt jederzeit zu wechseln, sind garantiert. Jede Frage wird beantwortet. Mit dem Motiv der Angst wird grundsätzlich nicht gearbeitet.

Seit dem 1. Oktober 1987 wird das Projekt vom BMJFFG jährlich mit ca. 1 Mio. DM finanziert.

Bis zum 20. Juni 1989 wurden 708 Betroffene von 62 kooperierenden Ärzten betreut. Monatlich schließen sich etwa 20 weitere Betroffene dem Frankfurter HIV-Modell an.

In dem Projekt sollen drei Fragen einer Lösung nähergebracht werden:

— Wie können die Latenzphasen verlängert werden?

— Wie verhält sich das Virus unter verschiedenen Therapieformen?

— Wie kann man den Verlauf einer HIV-Infektion ärztlich steuern?

Dabei erfolgt die Beantwortung der drei Fragen in drei Phasen:

Erste Phase (In den ersten vier Wochen nach Eintritt in das Modell)

— Ziel Nr. 1:

Kontrolle der serologischen Befunde, um gegebenenfalls fälschlich als HIV-positiv eingestufte Personen zu erkennen und aus der Belastung zu entlassen.

— Ziel Nr. 2:

Quantitatives Bestimmen der Antikörper im Western-Blot, um gegebenenfalls die Vermutung zu belegen, daß je nach Verlauf der Infektion immunologische Parameter prognostische Bedeutung haben.

— Ziel Nr. 3:

Quantitative Bestimmung der Immunglobuline und Erfassung des Immunstatus in regelmäßigen Abständen, um Einblick in die gesamte immunologische Konstitution der Infizierten zu erhalten und um die Wirkung angewandter Therapien beurteilen zu können.

— Ziel Nr. 4:

Anlegen von Viruskulturen in ausgesuchten Fällen, um weiteren Einblick in die Variationsweiten von HIV zu ermöglichen.

— Ziel Nr. 5:

Durch fortlaufende individuelle Beratung sowohl durch den behandelnden Arzt als auch bei den häufiger werdenden Gesprächen in der Laborleitstelle soll das Verhalten der Betroffenen beeinflußt werden, um die Gefahr weiterer HIV-Übertragungen zu vermindern. Die Gespräche sollen den Betroffenen Einsicht in die Beurteilung ihrer eigenen Laborbefunde geben, so daß sie besser mit ihrem Zustand umgehen können.

Zweite Phase (Beginn etwa 6 bis 12 Monate nach Eintritt in das Modell)

Retrospektiv werden die verschiedenen therapeutischen Maßnahmen der am Modell teilnehmenden niedergelassenen Ärzte mit den Laborwerten verglichen, so daß sich mit der Zeit eine Bewertung der zunächst intuitiven Behandlungsmethoden ergibt. Die Laborleitstelle übt keinen Einfluß auf die Wahl der Methoden und Arzneimittel aus. Über die Anwendung von Phytotherapeutika wie Iscador, Echinacin und Padma 28 liegen inzwischen Daten vor. Es gibt Gruppen HIV-Positiver, die keinerlei Therapie erhalten, andere, die in regelmäßigen Abständen Immunglobuline, weitere, die regelmäßig Eigenblutinjektionen erhalten.

Endziel der *Phase zwei* ist die Erstellung eines „Logbuches" für die praktizierenden Ärzte. Dieses muß laufend dem Stand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepaßt werden. Die erste Version liegt dem BMJFFG seit September 1989 vor.

Dritte Phase (Beginn ein Jahr nach Eintritt in das Modell)

In der *dritten Phase* sollen, basierend auf den Vorerfahrungen, definitive therapeutische Vorschläge angeboten werden. Die Ergebnisse auf diesem Gebiet sind noch lückenhaft. Bisher läßt sich folgendes zusammenfassen:

Nach der Etablierung des Modells und erheblichen Anlaufschwierigkeiten entstand eine forschende Gemeinschaft zwischen den Teilnehmern, den kooperierenden Ärzten und der Laborleitstelle.

Folgende wissenschaftliche Ergebnisse wurden vorgetragen:

— Das Logbuch wurde mehrfach überarbeitet. Dabei wurden Einwendungen und Anregungen zur Verbesserung des Modells mitberücksichtigt.

— Der Zusammenhang von niedrigen T4-Werten und niedrigen Cholesterinwerten wurde erkannt und könnte nach einem Jahr weiterer Beobachtungen zu diätetischen Empfehlungen führen.

— Individuelle Schwankungen der T4-Zellen im Tagesrhythmus wurden erkannt.

— Schwankungen der Virusaktivität während der Infektion wurden festgestellt und werden weiter beobachtet.

— Erstmalig ermöglicht das Modell einen Einblick in therapeutische Maßnahmen, die bisher mehr oder weniger intuitiv von praktizierenden Ärzten ausgeführt wurden. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, mit der Zeit Schlußfolgerungen über den Wert verschiedenster Behandlungsmethoden zu zielen, wobei Methoden der Schulmedizin als auch der alternativen Richtungen einbezogen werden.

— Im Frankfurter Raum hat das Modell zu einer gewissen Harmonisierung der Zusammenarbeit zwischen behandelnden und beratenden Ärzten und begleitenden Psychologen geführt.

2.5.1.2 Fragen an das Frankfurter HIV-Modell

Das Frankfurter HIV-Modell ist nicht unumstritten. Eine Reihe von Ärzten, Sozial- und Sexualwissenschaftlern sowie AIDS-Hilfen, Pro-Familia-Beratungsstellen und Bürgerinitiativen kritisieren das Forschungskonzept und die Durchführung des Modells. Insbesondere besteht die Befürchtung, daß es sich bei diesem und ähnlich angelegten Modellen weniger um Therapieforschung als vielmehr um eine besondere derzeit noch weiche Form der sozialen Kontrolle von Betroffenen handeln könne.

Im folgenden werden die Argumente der Kritiker denen der Befürworter des Modells gegenübergestellt:

a) Da das Frankfurter Modell als Forschungsprojekt beschrieben wird, ist es in seinen Methoden und Zielen an den üblichen Standards für klinische Forschung zu messen.

Dabei wird von den Kritikern des Modells die Notwendigkeit der Forschung an und mit symptomlosen

HIV-Antikörperträgern nicht bestritten, weil nach Möglichkeiten gesucht werden muß, die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit zu senken, den Zeitpunkt ihres Ausbruchs hinauszuzögern und/oder auch die Infektiosität während der Latenzphase zu senken. Unbestritten ist weiterhin, daß die Forschung an subjektiv gesunden Probanden anderen, pragmatischeren Regeln folgen muß, als z. B. die klinische Erprobung von Arzneimitteln an definierten Patientenkollektiven im Krankenhaus.

Ausgehend von der These, daß unverzichtbare Voraussetzung jeder klinischen Forschung der informierte Konsens der Studienteilnehmer sein muß, setzen die Gegner des Frankfurter HIV-Modells hier ihre Kritik an. Studienteilnehmern muß grundsätzlich klar sein, welche Chancen und Risiken für sie in einer Teilnahme, z. B. auch am HIV-Modell, liegen. Formale Freiwilligkeit ist kein Ersatz für informierten Konsens. Sie weisen ferner darauf hin, daß die Voraussetzung des informierten Konsenses im Zusammenhang mit dem HIV-Antikörpertest nicht in allen Fällen gegeben sei. Aufgabe eines seriösen Forschungsprojektes sei es, diese Defizite bei den potentiellen Teilnehmern an einem solchen Forschungsprojekt durch besonders intensive Aufklärung auszugleichen.

Bezogen auf das Frankfurter HIV-Modell sehen die Kritiker diese Voraussetzungen nicht als generell erfüllt an: Durch unvollständige Aufklärung und vagen, aber weitreichenden Versprechungen, werde bei einer zum Teil unkritischen Testpropagierung die Klientel für die Teilnahme an dem Modell rekrutiert, ohne daß an irgendeiner Stelle eine Erörterung der möglichen Vor- und Nachteile vorgesehen sei.

Die Kritiker verweisen darauf, daß die Gewinnung von Teilnehmern an Therapieforschungsmodellen auch ohne solche Versprechungen und mit korrekter Aufklärung möglich sei. Dem könne z. B. die klare Kennzeichnung des Modells als Forschungsprojekt dienen.

Befürworter des HIV-Modells entgegnen hier, daß die am Frankfurter HIV-Modell teilnehmenden Personen bereits außerhalb getestet wurden, daß die Teilnahme an dem Modell freiwillig ist und daß die Überprüfung des Tests in der ersten Phase auf freiwilliger Basis geschieht. Es habe sich gezeigt, daß es für zahlreiche HIV-Positive wichtig sei, den Wunsch nach Betreuung und gegebenenfalls nach Behandlung erfüllt zu bekommen. Die Betreuung erfolge über sachkundig fortgebildete, niedergelassene Ärzte, die auch die psychosoziale Dimension in ihre Beratung einschließen.

b) Ein weiteres Beurteilungskritierium für klinische Therapiestudien, das in pragmatischer Form auch für ambulante experimentelle Therapiestudien zu gelten hat, ist, daß plausible und empirisch fundierbare Hypothesen entwickelt werden, die mit Hilfe überprüfbarer Verfahren und mit meßbaren Indikatoren überprüft werden sollen. Dabei sind die möglichen erwünschten und unerwünschten Wirkungen für den Patienten bzw. Probanden offen auszuweisen.

Kritiker des HIV-Modells sehen diese Voraussetzungen einer ethisch vertretbaren therapeutischen Feldforschung in mehrfacher Hinsicht als verletzt an:

— Die große Varianz im Spontanverlauf der HIV-Infektion und von AIDS kann darauf hindeuten, daß neben physiologischen und virologischen Variablen auch solche der Lebenslage, der psychischen Ausgeglichenheit und der sozialen Einbettung eine erhebliche Rolle spielen und deshalb auch für die Betreuung/Behandlung von großer Relevanz sein können. Das HIV-Modell erfasse weder solche Variablen noch untersuche es diese. Damit werde im Krankheitsverständnis Erkrankung und Krankheitsprozeß nur auf physiologische Prozesse reduziert.

— Das Problem der Belastung des Immunsystems durch das Wissen um den positiven Serostatus und die ständige Erinnerung daran durch die Medizin werde in den Dokumenten des HIV-Modells nicht reflektiert.

— Auch für experimentelle klinische Feldforschung unter erschwerten Bedingungen müßten Mindeststandards hinsichtlich Hypothesenbildung, Hypothesentests, Größe der untersuchten Gruppen, Anlage der Studien mit Untersuchungs- und Kontrollgruppen eingehalten werden.

  Die vom Frankfurter HIV-Modell vorgelegten Dokumente ließen nicht erkennen, wie solchen Mindestanforderungen Rechnung getragen werde.

— Angesichts der weltweit sehr zahlreichen Forschungsprojekte zu konkreten Therapien mit den Mitteln der Schulmedizin oder alternativer Ansätze sei nicht erkennbar, welches zusätzliche neue Wissen auf diese Weise erworben werden soll. Da sowohl bei Ärzten wie bei HIV-Positiven — zeitlich und individuell — die Haltung zwischen Polypragmasie und therapeutischem Nihilismus schwanke und medizinisch motivierte HIV-Positive heute meist bereits an mehreren Studien teilnehmen, könne auf eine im Selbstlauf erfolgende Besserung der Forschungslage auf diesem Wege nicht gehofft werden.

Die Befürworter des Frankfurter HIV-Modells lassen diese Vorwürfe nicht gelten. In Anbetracht der vorliegenden Situation und einer sich über lange Zeiträume entwickelnden Erkrankung gebe es keine Alternative dazu, die vorhandenen medizinischen Parameter der Patienten und der Therapieansätze der Ärzte zu beobachten. Für die Auswertungen der Beobachtungen ständen wissenschaftlich fundierte Computerprogramme zur Verfügung. Nach der Phase der ersten Auswertung werde man sicherlich auch die Therapiemodelle beeinflussen können. Daraus ergebe sich eine Variabilität des Modells nach der jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnis. Zur Zeit sei niemand im Stande, einen 100 %igen Therapieplan aufzustellen. Er könne nur durch Kooperationen erarbeitet werden. Dafür biete das Frankfurter HIV-Modell ideale Möglichkeiten. Es erfasse und dokumentiere ärztliche Aktivitäten im Vorfeld der AIDS-Erkrankung mit dem Ziel ihrer Systematisierung, Erweiterung und Verbesserung.

c) Kritiker des HIV-Modells bemängeln, daß es bei dem derzeitigen Wissensstand über AIDS und dessen Behandlungsmöglichkeiten unseriös sei, Patentrezepte auszugeben. Für die Betreuung und

Gestaltung der Forschung an und mit HIV-Symptomlosen müsse deshalb folgendes gelten:

— hinsichtlich der Hilfsmöglichkeiten der Medizin dürften keine falschen Versprechungen gegeben werden,

— auch von der Medizin müsse auf die Möglichkeit eines gesundheitlich sinnvollen Umgangs mit der Seropositivität ohne Inanspruchnahme des medizinischen Systems hingewiesen werden,

— für bestimmte Forschungsfragen (Einfluß psychosozialer Fragen auf den Krankheitsverlauf, Erprobung diätetischer Therapien, Erprobung von Arzneimitteln) seien jeweils unter klarer Benennung der Risiken und Chancen Untersuchungs- und Kontrollgruppen zu rekrutieren.

Die Befürworter des Frankfurter HIV-Modells halten dem entgegen, daß ihrer Meinung nach eine psychosoziale Betreuung in der symptomlosen Phase der HIV-Infektion allein nicht ausreichend sei. Ärzte seien in jedem Fall im Stande, Symptome und hinzukommende Infektionen, die die allgemeine Immunabwehr weiter beeinträchtigen können, zu bekämpfen. Außerdem stehe auch dem Arzt eine Führungsposition hinsichtlich der Aufklärung und der allgemeinen Lebensführung zu.

Eine psychische Beeinträchtigung und Vergrößerung der Angst der Betroffenen, hervorgerufen durch die häufige Konfrontation mit medizinischen Befunden, habe die praktische Erfahrung in dem Modell nicht gezeigt. Im Gegenteil sei ein bewußtes Umgehen mit der Infektion, eine Kooperation in der Bewältigung der Probleme und zumindest der Versuch, ein lebenswertes Dasein zu führen, offenbar geworden.

Die Weiterentwicklung des Frankfurter Modells im Raum Bonn/Köln hat manche der angeführten Kritikpunkte am Frankfurter Modell aufgenommen und praktisch umgesetzt, wie dies im 1. Logbuch dokumentiert ist. Insbesondere wird in Bonn/Köln das Modellprojekt klarer als ein Forschungsprojekt gekennzeichnet, für das um Mitarbeit geworben wird, ohne allzu starke therapeutische Versprechungen zu machen.

In Frankfurt zeichnet sich andererseits die Tendenz ab, ärztliche Beratungs- und Behandlungskompetenz bei der forschenden Institution (Georg-Speyer-Haus) anzulagern. Damit treten neue Probleme der Arbeitsteilung und Kompetenzzuweisung zwischen behandelnden Ärzten und forschender Institution auf.

2.5.2 Weitere Beratungs- und Betreuungsmodelle der Bundesregierung

Das 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS** beschäftigt sich im Zusammenhang mit der Darstellung der Modellprogramme u. a. auch mit der Beratung und Betreuung von HIV-symptomlosen bzw. -positiven Menschen. Aus diesem Grunde wird an dieser Stelle nicht auf weitere Beratungs- und Betreuungsmodell der Bundesregierung eingegangen.

2.5.3 Beratung und Betreuung durch niedergelassene Ärzte

Neben den Klinikambulatorien, in denen hauptsächlich HIV-Erkrankte eine medizinische Behandlung erfahren (siehe 3. Kapitel **Betreuung und Versorgung der Erkrankten**), die aber auch an der Betreuung von symptomlos HIV-Positiven beteiligt sind, gibt es bereits zahlreiche niedergelassene Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Internisten sowie Ärzte mit anderen Gebietsbezeichnungen (z. B. Dermatologen, Hämato-Onkologen), die sich um HIV-positive Patienten bemühen.

Es kommt häufig vor, daß Niedergelassene und Klinikärzte aufgrund der verstärkten öffentlichen Propagierung des HIV-Antikörpertests dem Ratsuchenden den Test nahelegen und das Untersuchungsergebnis „HIV-Positiv ohne Symptome" mitteilen, daß sie dann aber mit den weiteren Problemen der notwendigen Beratung und Betreuung überfordert sind. In den meisten Fällen werden diese Patienten daher an Schwerpunktpraxen oder an HIV-Ambulanzen in Kliniken überwiesen. Viele dieser Praxen haben neben einem Labor auch organisatorische Strukturen zur Dauerbehandlung, die teilweise an das Modell einer Tagesklinik herankommen und in denen Erkrankte, bei denen eine stationäre Versorgung nicht notwendig ist, behandelt werden können.

Nicht oder nicht ausreichend ausgebildet sind viele Ärzte, (nicht nur die niedergelassen, auch die in Kliniken) hinsichtlich einer psychosozialen Beratung und Betreuung. Dies gilt insbesondere für die Versorgung von HIV-Positiven, die keine körperlichen, aber psychische Symptome aufweisen, wie etwa Angst, Depressivität oder sozialer Rückzug. Die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen psychisch-reaktiven Veränderungen und einem neurologisch-organischen Psychosyndrom, z. B. im Rahmen einer HIV-Enzephalopathie, ist sogar für den Spezialisten schwierig oder unmöglich. Für den HIV-Infizierten kann die Gefahr bestehen, daß ihn die Mitteilung unspezifischer neurologischer Befunde beunruhigt und daß eine „Neurologisierung" von ganz adäquaten Gefühlen wie Wut und Trauer eintritt, die vom Arzt dann nicht mehr ernst genommen werden, weil sie ja durch die Infektion verursacht seien.

Demgegenüber ist auch vor der Gefahr der psychologischen Deutung manifester neurologischer Symptome zu warnen. Im Einzelfall kann dies dazu führen, daß eine wirksame Therapie nicht eingesetzt wird. Letzteres ist aber in der Praxis sehr selten.

2.6 Organisation und Versorgungsvoraussetzungen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die vorhandenen Betreuungsangebote. Daraus könnte gefolgert werden, als benötigten alle HIV-Positiven eine zeitweise oder gar ständige Beratung und Be-

treuung. Viele verarbeiten die durch den Befund ausgelösten psychischen, physischen und sozialen Belastungen ohne professionelle Betreuung in ihren eigenen sozialen Bezügen bzw. Netzwerken. Sie leben ohne Inanspruchnahme von Hilfen weiter. Andere suchen aber verstärkt nach Beratungs- und Betreuungsangeboten.

2.6.1 Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung

Betrachtet man die mit Betreuungsaufgaben betrauten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter etc.), so fällt noch immer das Aus-, Fort- und Weiterbildungsdefizit im AIDS-Bereich auf. Einerseits besteht ein großer Fortbildungsbedarf bei Ärzten und psychosozialen Berufsgruppen, andererseits sind die Fortbildungsangebote in vielen Fällen unzureichend. Dies trifft beispielsweise für die Programme der Länder zu, in denen es keine Planung gibt, um alle Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte usw., die mit dem Thema direkt befaßt sind oder mit ihm befaßt sein könnten, in geeigneter Weise fortzubilden. Es gilt aber auch für die Fortbildungsangebote der Ärztekammern, die zwar, wenn ausgeschrieben, überaus stark frequentiert werden, den eigentlichen Bedarf aber bei weitem nicht decken.

Deshalb haben sich auf Privatinitiative oder Initiative von AIDS-Hilfen, zum Teil beispielhaft, (zahlenmäßig sind es jedoch immer noch zu wenige) Arbeitskreise gebildet, die berufsspezifisch und/oder berufsübergreifend Fortbildungs- und Supervisionsveranstaltungen durchführen, aber auch konzeptionelle Arbeit leisten. Einige Sachkenner sind der Ansicht, daß es grundsätzlich für alle (Ärzte, psychosoziale Berufe, Pflegepersonal, Laienhelfer usw.), die mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken arbeiten, wichtig sei, sich in die Betroffenen hineinzudenken und einzufühlen. Dies schließe auch die Reflexion des eigenen Verhältnisses zu den Hauptbetroffenengruppen mit ein. Jemand, der Homosexuelle oder Drogenabhängige wegen ihres Lebensstils oder ihrer subkulturellen Eigenheiten ablehne, könne ebensowenig professionelle Hilfe bieten wie jemand, der damit überidentifiziert sei und keine therapeutische Distanz wahren könne. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Phantasien über Sexualität, Omnipotenz, Schuld und Tod müsse immer wieder erneut erfolgen, gerade in besonders belastenden Situationen. Supervision oder Balintgruppen sind sowohl für professionelle als auch für Laienhelfer geeignet, die eigenen Schwierigkeiten im Umgang mit AIDS-Patienten zu reflektieren.

2.6.2 Finanzierung der Beratung und Betreuung

Gegenüber technischen Dienstleistungen sind ärztliches Gespräch, Beratung und Betreuung in der Gebührenordnung immer noch deutlich unterbewertet. Der geringe Betrag, der von den Krankenkassen für eine Beratung erstattet wird, führt immer noch dazu, daß die notwendigen ausführlichen Beratungsgespräche vor und nach dem Test unterbleiben oder erheblich zu kurz kommen. Hinzu kommen die genannten Fortbildungsdefizite. Fraglich ist aber, ob beim gegebenen Zeitbudget von vor allem niedergelassenen Ärzten eine Änderung der Gebührenordnung dieses Problem tatsächlich lösen könnte: Für ein Beratungsgespräch, bei dem es um tiefgreifende Lebensumstellungen, um Sexualität, um Sterben und um Tod geht, ist häufig ein erheblicher Zeitaufwand erforderlich.

In dieser Situation sind die Betroffenen in vielen Fällen auf die Unterstützung von Selbsthilfegruppen, den AIDS-Stiftungen, den freien Trägern oder den Kirchen angewiesen.

Wie bereits im *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission festgestellt, ist für diese Organisationen zur Bewältigung ihrer vielfältigen Aufgaben im Rahmen der Beratung, Betreuung und Versorgung HIV-Positiver und an AIDS Erkrankter eine sehr viel stärkere staatliche finanzielle Unterstützung notwendig.

Die AIDS-Stiftungen, die häufig die Betroffenen auffangen, die aus unterschiedlichen Gründen durch die Maschen des sozialen Netzes fallen, sind oft ebenfalls überfordert. Der Erlös aus dem Stiftungskapital und den Spenden reicht in der Regel nicht aus, um den betroffenen Antragstellern, die aufgrund von z. B. Arbeitsplatzverlust, hoher Verschuldung durch Behandlungskosten, Wohnungsverlust, in große soziale Konflikte geraten, auch nur annähernd die für sie notwendigen finanziellen Hilfen zukommen zu lassen. Hierzu gehören unter anderem:

- Hilfen zur Beschaffung und Einrichtung von Wohnraum
- Hilfen zum Lebensunterhalt,
- Hilfen in besonderen Notlagen (Schulden, Telefonkosten, Mieten) und
- Hilfen für Erholung und Besuch von Angehörigen.

2.7 Schutz der Rechte von HIV-Antikörperträgern

Im Vordergrund der AIDS-Problematik muß immer der Schutz vor der Infektion (Primärprävention) stehen. Für Infizierte jedoch ist untrennbar mit der Frage der Beratung, Betreuung und Versorgung auch der Schutz ihrer sozialen und sonstigen Rechte verbunden. Eine Besonderheit gegenüber anderen Krankheiten liegt darin, daß eine große Angst vor feindseligen Reaktionen der näheren Umwelt viele HIV-Positive dazu bringt, ihren Immunstatus und Krankheitsanzeichen zu verbergen. Die Angst vor einer Diskriminierung hat für zahlreiche Betroffene die gleiche Bedeutung wie die Angst vor der Erkrankung selbst.

2.7.1 Diskriminierungserfahrungen

Häufig existiert Angst vor Diskriminierung weitgehend unabhängig von persönlichen Diskriminierungserfahrungen. Sie entsteht durch reale Diskriminierungsfälle, die teils durch die Medien, teils durch persönliche Weitergabe bekannt geworden sind. Sie wird aber auch durch die latente gesellschaftliche Be-

reitschaft zur Diskriminierung gespeist, wie es in verschiedenen Vorschlägen zur Ausgrenzung Betroffener, im Extremen von der Tätowierung bis hin zur Internierung, zum Ausdruck kommt. Die Angst wird durch die öffentliche Einteilung in Schuldige und Unschuldige, in Einsichtige und Uneinsichtige genährt, verbunden mit der Drohung, auf staatliche Zwangsmaßnahmen zurückzugreifen.

In diesem Zusammenhang spielen auch Bedenken eine Rolle, daß Mitarbeiter in Drogen- und AIDS-Beratungsstellen behördlicherseits zu Aussagen über Betroffene gezwungen werden können. Ein Zeugnisverweigerungsrecht bzw. eine Schweigepflicht besteht in diesem Fall nicht. (siehe 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 4 **Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen).**

Diskriminierungen erfolgen in völlig unterschiedlichen Lebenssituationen. Ärzten, AIDS-Hilfen, Selbsthilfegruppen und AIDS-Stiftungen werden immer wieder Diskriminierung von Betroffenen geschildert:

- Kündigungen von Wohnungen und Arbeitsplätzen,
- Diskriminierung von infizierten Kindern in Kindergärten und Schulen bis hin zum Hausverbot,
- aber auch Entzug des Sorgerechts HIV-infizierter Mütter für ihre Kinder.

Verweigerungsfälle von Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, über die anfänglich mehrfach berichtet wurde, kommen, vermutlich auch aufgrund der Erfahrung, die diese Berufsgruppen mit der Krankheit gesammelt haben, kaum noch vor.

Die hier beschriebenen Diskriminierungsfälle stellen sicherlich Extreme dar, weniger spektakuläre Diskriminierungserfahrungen werden jedoch von vielen HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten alltäglich gemacht, sobald ihr Zustand bekannt geworden ist.

2.7.2 Diskriminierungsprophylaxe

Neben der aktuellen Angst vor einer Diskriminierung steht darüber hinaus für viele Betroffene eine aus der Geschichte herrührende Angst, das Wissen um Verfolgung, Unterdrückung bis hin zur Ermordung, die die immer noch größte Gruppe der Betroffenen, nämlich die männlichen Homosexuellen erlitten haben. Aber auch die Hämophilen und Prostituierten brauchen Schutz vor Diskriminierung. Freilich muß deutlich sein, wer diesen Schutz zu leisten hat. Die Betroffenen und ihre Selbsthilfeeinrichtungen bemühen sich sehr darum. Eine wirksame Diskriminierungsprophylaxe kann nur von großen und breit akzeptierten gesellschaftlichen Gruppen und staatlichen Institutionen geleistet werden.

II. Auswertungen

Die Kommission ist sich bewußt, daß insbesondere über die Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten kontrovers in unserer Gesellschaft diskutiert wird. Dabei dreht sich der Streit vor allem um die Frage, ab wann und in welchem Ausmaß symptomlos Infizierte ärztliche und psychosoziale Hilfen in Anspruch nehmen sollten. Die Kommission ist sich jedoch auch dessen bewußt, daß sich die Situation mit zunehmendem Fortschritt der Heilmittel- und sonstigen medizinischen Forschung unter Umständen rasch wird verändern können. Vor diesem Hintergrund bewertet die Kommission die in diesem Kapitel angesprochene Situation wie folgt:

Hinsichtlich des Entwicklungsstandes medizinisch-therapeutischer Interventionen bei symptomlos HIV-Infizierten gibt es in der Kommission zwei Einschätzungen:

Der eine Teil der Kommission ist der Auffassung, daß die vorliegenden Ergebnisse ausreichen, um Personen, die ein Infektionsrisiko hatten, auch ohne subjektiv merkbare Symptome grundsätzlich einen HIV-Antikörpertest zu empfehlen und zu raten, sich einer medizinischen Behandlung (AZT und/oder Pentamidin) zu unterziehen.

Der andere Teil der Kommission verweist auf die ungeklärten Langzeitfolgen und zum Teil lebensgefährlichen unerwünschten Wirkungen zum Beispiel der AZT-Behandlung sowie darauf, daß ein Behandlungsbeginn vor dem Einsetzen subjektiv merkbarer Symptome in aller Regel bisher keinen zureichend gesicherten Vorteil bringt. Auch der Einsatz von Pentamidin zur Primärprophylaxe vor dem Auftreten subjektiv wahrnehmbarer Symptome wird heute nicht generell empfohlen. Für eine darauf bezogene Testempfehlung gebe es deshalb keine zureichende Grundlage.

Angesichts sowohl der Zurückhaltung vieler symptomlos HIV-Infizierter gegenüber medizinischen Angeboten in der symptomlosen Zeit als auch des Interesses anderer Betroffener an dauerhafter medizinischer Begleitung hält die Kommission eine rechtzeitige und sachgerechte Informierung der Fachöffentlichkeit über neue Möglichkeiten medizinischer Interventionen (auch Frühinterventionen) einschließlich der Bewertung ihrer Erfolgsaussichten für erforderlich.

Auch die Öffentlichkeit muß über die allgemein zugängliche Presse umfassend und zuverlässig informiert werden. Dabei kommt dem BMJFFG und seinen

nachgeordneten Institutionen eine besondere Bedeutung zu.

Die staatlichen und nichtstaatlichen Aufklärungsmaßnahmen sollten auch die Situation derjenigen HIV-infizierten Menschen im Auge haben, die sich fürchten, ihrem Arzt bestimmte Symptome anzuzeigen. Diese Maßnahmen sollten Mut machen, ärztliche Hilfe zu suchen und zugleich aufzeigen, wie die eigene Anonymität und persönliche Integrität erfolgreich zu schützen ist. Es ist wünschenswert, daß jeder Infizierte nach der Feststellung von HIV-Antikörpern Kontakt zu einem Arzt seiner Wahl hält.

Die staatliche Testpropagierung sollte in Zukunft ausgeglichen informieren, das heißt sowohl die medizinischen und psychosozialen Vorteile wie auch die entsprechenden Nachteile des HIV-Antikörpertests aufzeigen, damit eine bessere Entscheidungsgrundlage auch im Vorfeld einer Testberatung ermöglicht wird.

Weiterhin sollten Krankenhaus- und Allgemeinärzte im Rahmen der ärztlichen Fortbildung bzw. über Informationsveranstaltungen der AIDS-Fachkräfte an den Gesundheitsämtern über die Gründe für und gegen einen HIV-Antikörpertest informiert werden mit dem Ziel, eine eigene, differenzierte Haltung zu erwerben, die nicht von Anwendungsdogmen ausgeht, sondern von der professionellen Einstellung eines Beraters, dem es auf die individuelle Entscheidungslage des Ratsuchenden ankommt.

Diätetische Ratschläge für symptomlos Infizierte sollten nicht generell gefaßt werden, sondern in einem ausführlichen Gespräch auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des einzelnen Menschen zugeschnitten werden. Die ärztliche und fachberaterische Haltung sollte dabei eher der einer Beratung als einer Betreuung entsprechen, die die Entscheidung für alle Maßnahmen dem Betroffenen überläßt.

Bei der Beratung und medizinischen Betreuung von HIV-Infizierten kann es sinnvoll sein, die Selbstbezeichnung der Betroffenen als „Menschen mit HIV" ernstzunehmen und zu verwenden, um auch in der Sprache jene Diskriminierungsprophylaxe zu betonen, die dafür eintritt, die Infizierten als Menschen und nicht als Objekte wahrzunehmen.

Ärzte, Berater und Psychotherapeuten sollten möglichst Kompetenzen erwerben, um bei Partnerschaftskonflikten im Anschluß an eine Testung mit positivem Ausgang beistehen zu können. Infizierte Menschen leiden oft doppelt, einmal unter ihrem Wissen um die Infektion, zum anderen unter der Angst vor dem Verlassenwerden durch den Partner oder die Partnerin.

Da die psychosoziale Unterstützung von Menschen mit HIV insbesondere durch Selbsthilfegruppen wahrgenommen wird, sollten mehr öffentliche Mittel für die professionelle Beratung an diesen Einrichtungen (AIDS-Hilfen, „Positivengruppen") zur Verfügung gestellt werden.

Allerdings warnt die Kommission vor einem Betreuungsüberangebot, das „Positive" mit Maßnahmen überschüttet, die die Rückkehr in ein normales Alltagsleben zuweilen erschweren. Dies nämlich wirkt einer sinnvollen Verdrängung entgegen, die ansonsten die Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität von Betroffenen schützen kann. Auch hier sollte eher aus der Haltung der Beratung statt der Betreuung heraus gehandelt werden. Selbstvertretungsorganisationen der Betroffenen sollten wie andere mit öffentlichen Geldern gefördert werden.

Den Aufgaben und dem Engagement der AIDS-Stiftungen entspricht bislang weder das Spendenaufkommen noch die öffentliche Förderung. Nach Meinung der Kommission sollten Bund und Länder die Möglichkeiten von Zustiftungen oder Zuschüssen sorgfältig prüfen.

Ebenso sollten öffentliche Stellen überlegen, auf welche Weise sie das für die AIDS-Aufklärung und -Beratung von HIV-Infizierten wichtige antidiskriminierende Klima in Homosexuellenselbsthilfegruppen unterstützen können, z. B. für deren Aktivitäten im Bereich der Hilfen beim Coming out. Dort könnte dann auch stärker als bisher vielen Infizierten geholfen werden, die ein doppeltes Coming out leisten müssen, indem sie sich zugleich als homosexuell wie als HIV-infiziert erklären.

Staatliche Stellen und Selbsthilfegruppen müßten dem spezifischen Beratungsbedürfnis bisexueller Männer stärker als bisher entsprechen.

Auch für den Bereich heterosexuell infizierter Männer und Frauen sind bislang noch keine oder nur unzureichend Überlegungen angestellt worden, welchen Beratungs- und Unterstützungsbedarf diese derzeit zahlenmäßig zwar geringe, aber nicht zu vernachlässigende Gruppe hat. Sie finden bislang nur selten Möglichkeiten, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen oder eine Beratung zu finden, die ihre spezifische Lebenssituation im Auge hat.

Im Bereich der Arbeit mit Drogenabhängigen und HIV-infizierten i.v.-Drogenabhängigen beobachtet die Kommission, daß bei den Beratungen zwar über den Infektionsweg des Needle sharing, aber kaum über den der Sexualkontakte gesprochen wird. Dies mag zwar an dem Tabu liegen, das die Behandlung des Themas Sexualität in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Menschen generell überzieht; doch erweist sich dieses in einer Zeit der Gefährdung durch HIV als besonders mißlich.

Weiterhin müssen die Hilfen für infizierte Drogenabhängige dringend ausgebaut werden, einmal durch eine Erweiterung der Drogenberatung auf eine Lebensberatung sowie durch den Ausbau niederschwelliger Angebote, zum anderen durch eine den Einzelfall berücksichtigende Möglichkeit der Vergabe von Methadon. Ein negativer HIV-Antikörpertest darf in Zukunft keine Eingangsvoraussetzung mehr für die Gewährung einer Langzeittherapie bei Drogenabhängigen durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte mehr sein.

Die Mehrheit der Kommission hat sich im *Zwischenbericht* dafür ausgesprochen, in das Betäubungsmittelgesetz einen klarstellenden Hinweis aufzunehmen, daß der Besitz von Spritzen und die Abgabe von Spritzen an Betäubungsmittelabhängige nicht rechtswidrig und daher nicht strafbar ist.

Im Bereich der Hilfe für infizierte Bluter müßte auch das soziale Umfeld in Dörfern und Kleinstädten beachtet und betreut werden.

HIV-infizierte Frauen, die schwanger sind, sollten nicht zu einer Abtreibung gedrängt, sondern ausreichend beraten werden, damit sie entscheiden können, ob sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen oder nicht. Die Kommission sieht mit Sorge, daß betroffene Schwangere in der Vergangenheit zuweilen gedrängt wurden, die Schwangerschaft abzubrechen.

Für Prostituierte müssen systematisch Ausstiegshilfen geschaffen werden, die neue Arbeitsstellen unter Verschweigen der bisherigen Tätigkeit vermitteln. Prostituiertenselbsthilfegruppen benötigen dazu großzügige finanzielle Hilfen.

Die Kommission ist der Meinung, daß das Frankfurter Modell als Forschungsmodell dargestellt und Teilnehmer als Mitarbeiter der Forschung (subjects) gewonnen werden sollten, und zwar unter Einschluß der fairen Darstellung von Chancen und Risiken der Teilnahme am Modell. Das Modell muß so gestaltet werden, daß es allen Anforderungen an experimentelle klinische Feldforschung entspricht.

Die Einrichtung eines Patientenbeirats ist ebenso zu überlegen wie die organisatorische Einbindung der Deutschen AIDS-Hilfe, die als Repräsentanz der Betroffenen gilt und dort Vertrauen genießt. Im Logbuch muß nicht nur erwähnt, sondern auch systematisch abgehandelt werden, daß und wie Ärzte Patienten aus dem Modell ausschleusen, denen das Mitwirken im Programm nicht bekommt. Weiterhin müßten psychosoziale Faktoren (seelisches Wohlbefinden, Wissen um den Immunstatus) im Modell reflektiert und aus ihnen Folgerungen gezogen werden.

Bei der Durchführung des Frankfurter Modells sollte darauf geachtet werden, daß die Einrichtungen der Forschung und die der Behandlung nicht identisch sind. Die Kommission betrachtet es als einen wissenschaftlich bedenklichen Widerspruch im Modell, wenn im Georg-Speyer-Haus nicht nur die entsprechenden Laboruntersuchungen, sondern zum Teil auch Betreuung und Behandlung von Teilnehmern aus dem Modell durchgeführt werden.

Sowohl im Frankfurter Modell wie außerhalb sollten Ärzte darauf aufmerksam gemacht werden, daß diagnostische Maßnahmen bei vielen Patienten auch zu psychischen Belastungen führen können. Daher müßte jeweils der diagnostische Nutzen gegen eine eventuell zu befürchtende seelische Beeinträchtigung abgewogen werden. Zumindest müßten Patienten auf die Grenzen der Aussagekraft diagnostischer Mittel hingewiesen werden. Die Gefahren der „Neurologisierung" seelischer Reaktionen sowie der nur psychologischen Deutung neurologischer Beeinträchtigungen sollten Thema in der ärztlichen Fortbildung, auch im Rahmen des Frankfurter Modells und seiner Weiterentwicklung, werden.

Ärzte, Pflegepersonal und psychosoziale Fachkräfte aus dem AIDS-Bereich sollten die Möglichkeiten einer Supervision (Einzelsupervision, Gruppensupervision, Balintgruppen) ihrer Arbeit erhalten. Bislang wird dies zuwenig angeboten.

Staatlicherseits müssen Anstrengungen unternommen werden, eine Diskriminierungsprophylaxe zu fördern. Die Kommission weist noch einmal auf ihren Vorschlag im *Zwischenbericht* hin, eine Veränderung der sexualstrafrechtlichen Lage bezüglich des § 175 StGB zu prüfen. Auch wäre denkbar, daß staatliche Stellen große gesellschaftliche Gruppen zur Mitarbeit in einer konzertierten Aktion bitten, deren Ziel es ist, Diskriminierungspotentiale in der Gesellschaft abzubauen.

Forschungsbedarf besteht nach Auffassung der Kommission in der genauen Beobachtung von Chancen und Risiken einer Sekundärprophylaxe u. a. durch medizinische Therapie.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und auf die Länder sowie die entsprechenden Organisationen, Institutionen und Verbände hinzuwirken,

2.9.1

daß die Beratungs- und Betreuungsgebote so angelegt werden, daß — bezogen auf den Einzelfall — das Übertragungsrisiko so gering wie möglich gehalten wird. Der Betroffene muß darin bestärkt werden, von sich aus alles zu tun, um andere nicht zu gefährden;

2.9.2

daß bei der Aufklärung jedem, der für sich ein Infektionsrisiko annimmt, eine Beratung empfohlen werden soll. In der Beratung sollen die positiven und negativen Aspekte des HIV-Antikörpertests objektiv und ohne Tendenz mit dem Beratenen erörtert werden. Die Entscheidung für oder gegen den Test ist eine individuelle Entscheidung. Die Beratung hat diese Autonomie des einzelnen zu respektieren.

Der eine Teil der Kommission hält die vorliegenden Ergebnisse hinsichtlich medizinisch-therapeutischer Interventionen bei symptomlos HIV-Infizierten für ausreichend, um heute schon grundsätzlich zum Test zu ermutigen. (Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU), Zöllner.

Der andere Teil der Kommission hält eine solche generelle Beratungstendenz erst dann für gerechtfertigt, wenn entsprechende Medikamente bzw. Therapien in ihrer Wirksamkeit und Sicherheit erhärtet bzw. vom Bundesundheitsamt zugelassen sind. (Frau Becker,

Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN).

2.9.3

Beratungs- und Betreuungsangebote, auch für Partner und Familienangehörige, in Anbetracht der wachsenden Zahlen HIV-Infizierter zu verbreitern und die Qualifikation und die Fortbildung zu verbessern; dies gilt insbesondere für den ärztlichen und psychosozialen Bereich;

2.9.4

auch auf jene Berater, die nicht ohnehin einer gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, einzuwirken, keine Inhalte aus Beratungsgesprächen mit HIV-Infizierten an Dritte weiterzugeben;

2.9.5

Ärzten, Beratern und psychosozialen Fachkräften die Möglichkeit zu einer ständigen Supervision zu eröffnen;

2.9.6

im Rahmen der Fort- und Weiterbildung der Ärzte sowie der AIDS-Fachkräfte über alle Gründe für und gegen einen HIV-Antikörpertest zu informieren und dabei auch die einschlägige Rechtslage einzubeziehen;

2.9.7

in der Beratung und ärztlichen Betreuung von HIV-Infizierten die Diskriminierungsprophylaxe zu betonen;

2.9.8

in geeigneter Weise ein antidiskriminierendes Klima gegenüber Homosexuellen zu fördern (z. B. durch verstärkte öffentliche Förderung von Selbsthilfegruppen und Projekten Homosexueller) sowie geeignete Maßnahmen zur rechtlichen und gesellschaftlichen Gleichstellung Homosexueller zu ergreifen und dabei unter anderem, wie bereits im Zwischenbericht vorgeschlagen, die sexualstrafrechtliche Lage bezüglich § 175 StGB zu überprüfen;

2.9.9

dem jeweiligen Beratungsbedarf bisexueller Männer sowie heterosexuell infizierter Männer besser als bisher zu entsprechen;

2.9.10

dem Beratungsverlauf nichtdrogenabhängiger HIV-infizierter Frauen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Lebenssituation mehr Rechnung zu tragen;

2.9.11

die Beratung und Betreuung von HIV-infizierten Drogenabhängigen durch eine Erweiterung der Drogenberatung auf eine Lebensberatung auszubauen, dabei den Bereich der Sexualität stärker einzubeziehen und die Hilfen durch den Ausbau niederschwelliger Angebote und durch eine den Einzelfall berücksichtigende Möglichkeit der Vergabe von Methadon zu unterstützen;

2.9.12

auf den HIV-Antikörpertest im Bewilligungsverfahren vor Antritt einer Langzeittherapie bei Drogenabhängigen zu verzichten;

2.9.13

dafür Sorge zu tragen, daß im Bereich der Hilfe (z. B. bei finanzieller Unterstützung) für infizierte Bluter insbesondere auch das dörfliche bzw. kleinstädtische Umfeld beachtet wird; besonderer Sorge bedürfen auch andere Infizierte im dörflichen und kleinstädtischen Milieu;

2.9.14

die umfassende Aufklärung und Beratung von HIV-infizierten Schwangeren so zu gestalten, daß ihnen ermöglicht wird, eine eigenverantwortliche Entscheidung über einen eventuell Schwangerschaftsabbruch zu treffen;

2.9.15

in den Aufklärungsmaßnahmen auch jenen HIV-Infizierten mögliche Hilfen aufzuzeigen, die bisher — vorwiegend aus Furcht vor Diskriminierungen oder aus anderen Ängsten — Kontakte zu Ärzten und psychosozialer Betreuung vermieden haben;

2.9.16

die Fachöffentlichkeit fortlaufend über neue Möglichkeiten medizinischer Interventionen einschließlich ihrer Erfolgsaussichten zu informieren; auch die allgemeine Öffentlichkeit ist in geeigneter Weise zu informieren;

2.9.17.

das „Frankfurter Modell" als Forschungsmodell auszugestalten, dabei die Teilnehmer als „Mitarbeiter der Forschung" (subjects) unter offener Darstellung der Vor- und Nachteile zu gewinnen,

- allen Anforderungen an klinische Feldforschung zu entsprechen,
- im Logbuch das Ausschleusen von Patienten systematisch abzuhandeln,
- psychosoziale Faktoren zu reflektieren und Folgerungen daraus zu ziehen,
- die Einrichtung eines Patientenbeirats sowie die organisatorische Einbindung der AIDS-Hilfen in dieses Model zu prüfen,
- Forschungs- und Behandlungseinrichtungen örtlich zu trennen und
- die Ratschläge für symptomlos Infizierte deren individuellen Bedürfnissen anzupassen;

2.9.18

im Umgang mit symptomlos HIV-Infizierten ein Betreuungsüberangebot, das einer sinnvollen individuellen Verarbeitung der Situation „HIV-infiziert" entgegenstehen kann, zu vermeiden;

2.9.19

Beratungseinrichtungen und -organisationen ausreichend öffentliche Mittel für die Beratung in diesen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen;

2.9.20

weitere Zustiftungen oder Zuschüsse an die AIDS-Stiftungen zu prüfen;

2.9 21

für Prostituierte systematisch Ausstiegshilfen zu schaffen und den Prostituiertenselbsthilfegruppen finanzielle Hilfen zu leisten;

2.9.22

die Abfindungszahlungen der pharmazeutischen Industrie an durch Blutderivate HIV-infizierte Bluter von der Besteuerung und der Anrechnung auf Sozialleistungen auszunehmen;

2.9.23

AIDS-Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Fachpersonal im Bereich der Betreuung von HIV-Infizierten zu unterstützen.

3. Kapitel: Betreuung und Versorgung der Erkrankten *)**)

Seite

*) Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Spann, Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU), Zöllner

**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 342ff.

Einleitung

Der Verlauf der HIV-Infektion wird zur Zeit klinisch und im Laboratorium mit zellbiologischen und immunologischen Markern verfolgt, mit deren Hilfe die klinische Klassifikation, z. B. die nach Walter-Reed (WR) erfolgt. Die Endstadien der Infektion (meist die opportunistischen Infektionen bei AIDS) entsprechen dem Walter-Reed-Stadium 6, Malignome kommen auch bei früheren Stadien vor. Allgemeinsymptome können von WR 2 an beobachtet werden, gelegentlich noch früher. Der Übergang aus der Latenz in die Krankheit ist nicht genau zu bestimmen, ist somit fließend und enthält subjektive Momente; generell ist die HIV-Infektion ein komplexer biologischer Prozeß, bei dem Symptome durch verschiedene Faktoren hervorgerufen werden können.

Geht man statt von Symptomen von Befunden aus, so ist die Beurteilung einfacher. Sobald neben der Feststellung der HIV-Infektion ein objektiver Befund, z. B. eine Verminderung der T-Zellen besteht, ist der HIV-Infizierte aus der Sicht des behandelnden Arztes aus dem Stadium der Latenz in das Stadium der Krankheit übergetreten, auch wenn weder er noch seine Umgebung es feststellen.

Für die psychische und soziale Beurteilung kann ein Patient solange als gesund angesehen werden, wie er, auch bei selbstkritischer Prüfung, keine Beeinträchtigung seines Allgemeinzustandes, seiner Leistungsfähigkeit und seines Lebensgefühls feststellen kann.

Vom medizinischen Standpunkt aus ist ein HIV-Infizierter von dem Moment an krank, in dem HIV-assoziierte Befunde festgestellt werden. Personen, die im Sinne dieser, auch in den USA anerkannten Feststellung (HIV-disease) krank sind, werden im weiteren als HIV-krank oder HIV-Kranke bezeichnet. Die Notwendigkeit der Verwendung dieser Bezeichnung zeigt, daß die CDC-Klassifikation hinter den Gegebenheiten zurückliegt. Im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) ist ein HIV-Infizierter stets krank. Diese Feststellung ist wichtig, um unmißverständlich die Leistungspflicht von Krankenkassen zu gewährleisten.

Die unterschiedlichen Aufgaben, die sich bei der Betreuung HIV-Kranker ergeben, sollen im folgenden Kapitel gemeinsam behandelt werden. Mit dem Fortschreiten der Krankheit vom Zeitpunkt der Infektion bis zu AIDS verlagert sich der Schwerpunkt des Betreuungsbedarfs zunehmend vom Sozialen ins Medizinische, ohne daß jemals auf beide Komponenten menschlicher Hilfe verzichtet werden darf, wie auch bei allen anderen chronisch verlaufenden Krankheiten.

I. Bestandsaufnahme

3.1 Derzeitige Betreuung und Versorgung HIV-Kranker

Mit zunehmendem Wissen über die HIV-Infektion, speziell über opportunistische Infektionen, ist es möglich geworden, die Liegezeiten im Krankenhaus zugunsten einer ambulanten Versorgung zu verkürzen. Diese Entwicklung entspricht dem Wunsch der Kranken, so lange wie möglich außerhalb des Krankenhauses zu leben.

In den letzten Jahren haben intensive medizinische Forschung und ärztliche Erfahrung die Lebenserwartung und Lebensqualität der an AIDS erkrankten Menschen erheblich verbessert. Früherkennung und die gezielte Therapie von Komplikationen sind die wesentlichsten bislang erreichten Fortschritte. Heute sterben weniger Menschen an einer Pneumocystis carinii Pneumonie als vor vier oder fünf Jahren! Der Rückgang der Frequenz der PcP ist in erster Linie eine Folge der Pentamidininhalation.

Menschen mit AIDS sollen im Arbeitsleben bleiben, so lange sie arbeitsfähig sind. Menschen mit einer chronischen Krankheit brauchen das Gefühl, nicht aufgeben zu müssen und nicht aufgegeben zu werden. Der Erhalt des Arbeitsplatzes trägt dazu bei, mit der Krankheit AIDS besser zu leben.

3.1.1 *Ambulante* Versorgung

3.1.1.1 Ärztliche Versorgung

Zur ambulanten ärztlichen Versorgung stehen zur Verfügung:

- zum einen der Hausarzt, der als Allgemeinarzt oder Arzt mit einer für die HIV-Infektion einschlägigen Gebietsarztausbildung (Internist, Dermatologe, Neurologe, u. a.) Untersuchung und Behandlung üblicherweise in der Praxis durchführt und in Notfällen einen Hausbesuch macht. Zunehmend gibt es in Großstädten Ärzte mit besonderem Interesse an AIDS und dementsprechender Erfahrung;
- zum anderen die Ambulanzen großer Krankenhäuser oder einer Poliklinik (in der Bundesrepublik Deutschland sind Polikliniken nur an Univer-

sitäten vertreten), denen in der Regel keine Hausbesuche erlaubt sind. Große kommunale Krankenhäuser haben nur in Ausnahmefällen eine eigentliche Ambulanz; im allgemeinen liegt eine persönliche Ermächtigung des Chefarztes für Leistungen vor, die er selbst erbringen muß.

In Städten mit universitären Einrichtungen steht zur ambulanten/stationären Versorgung medizinisches Personal mit ausreichender Erfahrung zur Verfügung. In kleineren Städten oder ländlichen Bereichen ist derzeit noch keine ausreichende Erfahrung im Umgang mit HIV-Kranken (wegen geringer Fallzahlen) zu erwarten. Für Hausärzte ohne spezielles Interesse an AIDS bietet sich die Möglichkeit der Überweisung in Zentren an. Hieraus resultieren unter Umständen längere Anfahrtswege für die Patienten. Eine flächendeckende ambulante Versorgung durch Hausärzte ist derzeit nicht möglich und wohl nicht nötig.

Die Gesamtbetreuung chronisch Kranker ist zuvorderst eine ärztliche Aufgabe. Dieses gilt besonders für ein derartig kompliziertes Krankheitsbild wie AIDS.

Daneben sind pflegerische, psychische und soziale Betreuung von Bedeutung. Innerhalb der ärztlichen Betreuung verlagert sich der Schwerpunkt mit dem Fortschreiten der Krankheit von der Diagnose zur Therapie, einer Therapie, die bei der HIV-Infektion nicht kurativ möglich ist, sondern sich auf Lebensverlängerung und Prophylaxe der Komplikationen, wie den opportunistischen Infektionen beschränkt.

Schematisch läßt sich die ärztliche Versorgung in folgende Bereiche einteilen:

— Diagnostik einschließlich Stadieneinteilung, am besten nach Walter Reed

— Therapie (Arzneimittel, unspezifische Therapie, Gesundheitserziehung und Lebensregeln)

— Prävention opportunistischer Infektionen (Schutzimpfungen, Rezidivprophylaxe)

— Prävention der Verbreitung der HIV-Infektion

— Vermittlung von Hilfen bei Problemen nicht medizinischer Art.

Die Infektion mit HIV bzw. der Nachweis von HIV-Antikörpern ist dem Patienten häufig bereits bekannt. Wenn nicht, wird im Verdachtsfall eine sorgfältig gekennzeichnete Blutprobe verwechslungsfrei dem nächsten qualifizierten Labor zugestellt. Jedenfalls handelt der Arzt aufgrund eigener Informationen und nicht nur aufgrund einschlägiger Angaben des Patienten.

Als nächster diagnostischer Schritt erfolgt die Erfassung des Ausmaßes des Immundefektes und die Klassifikation der Krankheit (Staging), anschließend die der vielen und vielartigen Manifestationen, Komplikationen und Folgekrankheiten.

Die Diagnose umfaßt eine ausführliche Anamnese einschließlich Berufs-, Drogen- und Sexualanamnese, die körperliche Untersuchung und Laborbestimmungen, gegebenenfalls Röntgen- und CT-Aufnahmen, Ultraschalluntersuchungen, Biopsien, Endoskopien, Konsile mit Dermatologen, Ophthalmologen, Gynäkologen etc.; häufig sind auch Untersuchungen durch Neurologen und Psychiater notwendig. Die in regelmäßigen Abständen durchzuführende ärztliche Untersuchung muß durch apparative Kontrollen, wie CT-Aufnahmen, EEG, Lymphozytendifferenzierung etc. immer wieder ergänzt werden.

Aufwendige apparative, bakteriologische und serologische Untersuchungen belasten erheblich die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte, so daß derzeit diese Untersuchungen in der Regel in Ambulanzen, Polikliniken oder bei stationärer Diagnostik bzw. Behandlung erfolgen müssen, deren Haushalte indes ebenfalls und zuungunsten anderer Kranker heute bereits überlastet sind.

Die kausale Therapie der HIV-Infektion beschränkt sich derzeit auf eine Behandlung mit AZT (Zidovudin). Eine Lebensverlängerung und Verbesserung der Lebensqualität sind nachgewiesen. Die Behandlung „asymptomatisch" HIV-Infizierter, bei denen die Immunabwehr nachläßt, erkennbar an einer Abnahme der Helferzellen, war in der jüngsten Vergangenheit Gegenstand zweier klinischer Untersuchungen über die Wirksamkeit von AZT (Zidovudin) in den USA. Die Ergebnisse, aus denen eine lebensverlängernde und die Lebensqualität verbessernde Wirkung von AZT hervorgeht, wurden in einer öffentlichen Sitzung der FDA im Januar 1990 diskutiert. Im März 1990 erfolgte die offizielle Freigabe des Medikamentes für den obigen Indikationsbereich. In der Bundesrepublik Deutschland sind dermaßen rasche, konsequente Reaktionen leider nicht möglich.

Es gibt gute Aussichten auf die Entwicklung weiterer Chemotherapeutika ebenfalls mit dem Ziel zwar keiner Heilung, aber einer langjährigen Suppression der Krankheit. Diese Erwartung ist, schon in absehbarer Zeit, realistisch. Damit kommt die HIV-Infektion in den Bereich anderer chronischer, letztlich tödlicher Krankheiten, die durch Behandlung unterdrückt werden können.

Die als Folge des Immundefektes drohenden opportunistischen Infektionen erfordern die regelmäßige Kontrolle des Patienten; dabei variieren die Intervalle je nach Krankheitsbild und Krankheitsstadium. Die frühzeitige Diagnose von Infektionen ermöglicht oft eine erfolgreiche Therapie. Dosierung, Intervalle und Dauer der Behandlung mit alten und neuen Medikamenten sowie die Therapie seltener Infektionen sind Gegenstand ständig fortgesetzter Untersuchungen.

Leider verzögert sich manchmal die opitmale Therapie in lebensgefährlicher Weise wegen der verspäteten Überweisung an einschlägig erfahrene Ärzte bzw. Kliniken. Kompetenten niedergelassenen Ärzten kann ein Teil der Überwachung überlassen werden, unerfahrenen ist bei Komplikationen die sofortige Klinikeinweisung anzuraten.

Die regelmäßige Pentamidininhalation (alle 2 bis 4 Wochen) ist ein wichtiger Fortschritt in der Prophylaxe der wichtigsten Komplikationen von AIDS, der Pneumocystis-Pneunomie. Sie setzt die Organisation eines Ambulatoriums, Spezialgeräte und Personal voraus.

Ungenügende Bezahlung der ärztlichen Leistungen, Angst vor juristischen Konsequenzen und die Sorge negativer Auswirkungen auf die anderen Patienten der Praxis sind einer Bereitschaft zur Behandlung HIV-Kranker nicht förderlich. Den größten Zeitaufwand in der ärztlichen Betreuung beansprucht die Beratung. Wie andere Patienten mit chronischen Krankheiten sind auch HIV-Kranke über ihre Krankheit gut informiert und versuchen im Gespräch mit dem Arzt ständig Neues zu erfahren. Die Einbeziehung des häuslichen und freundschaftlichen Umfeldes des Kranken in die Gespräche, häufig weil der Lebensgefährte oder andere Freunde ebenfalls an der Immunschwäche leiden, dehnt den zeitlichen Rahmen manchmal noch weiter aus. Die Art der Betreuung muß sich nach den Betroffenengruppen richten. Sie ist bei Drogenabhängigen ganz anders als bei Homosexuellen und Blutern. Die Dauer der Beratung variiert erheblich — sie liegt im Mittel bei 30 Minuten mit Extremen bis zu 90 Minuten.

Neben der menschlichen Betreuung sind weitere Beratungsinhalte Erklärungen zur Bedeutung der Untersuchungsergebnisse, Möglichkeiten der Therapie und Absprachen über das weitere Vorgehen. Ärztliche Hinweise auf wichtige körperliche Symptome, die schnelles Eingreifen erfordern, führen gelegentlich zu einer Überbewertung harmloser Symptome. Dies erfordert dann Richtigstellung und weitere Aufklärung seitens des Arztes mit einer gemeinsam mit dem Patienten vorzunehmenden neuen Bewertung dieser Symptome.

Das Gespräch mit den HIV-Kranken wird erschwert und kann zu häufigen Wiederholungen im Ablauf des Gespräches führen, wenn der Befall des Zentralnervensystems durch die HIV-Infektion, durch opportunistische Infektionen oder Tumoren des ZNS, frühzeitig zu eingeschränkter Wahrnehmungs- und Konzentrationfähigkeit führt. Jedoch dürfen psychische Reaktionen des Patienten wie Wut, Trauer, Neid, Zorn, Aggression, depressive Verstimmungen, im Krankheitsprozeß nicht von vornherein als neurologisch bedingte Wesenveränderung im Rahmen seiner Erkrankung interpretiert werden.

Die Gefahr des Befalls des ZNS muß beim Gespräch mit dem Patienten ständig im Auge behalten werden. Im Grunde kann nur im Gespräch Konzentration und Gedächtnis beurteilt werden, deren Nachlassen Zeichen einer HIV-assoziierten Demenz sein kann, zum anderen muß der Grad der Residuen nach einer opportunistischen Infektion des ZNS beurteilt werden. Dabei sollte immer bedacht werden, inwieweit der Patient berufsfähig ist.

Im Interesse des Patienten müssen die Möglichkeiten des Schwerbehindertengesetzes genutzt werden. Vielfach ist es nötig, dementsprechende Anträge zu stellen. Fragen der Gesundheitsvorsorge und Lebensführung, wie z. B. Schwächung des Immunsystems durch UV-Bestrahlung oder vermehrte Infektgefährdung durch Reisen in ferne Länder, sollten ebenfalls angesprochen werden und Ratschläge zur gesunden Ernährung und sportlichen Betätigung gegeben werden. Da die Krankheit nicht statisch, sondern ein individuell fortlaufender Prozeß ist, stehen alle diese Themen immer wieder im Mittelpunkt. Auch Fragen der Prävention „Wie kann ich meinen Partner und andere Mitmenschen vor einer Infektion schützen? Auf welche Weise? In welchem Maß oder Umfang?" müssen Teil des ärztlichen Gespräches sein. Das gilt für juristische Fragen, die ebenfalls angesprochen werden müssen, wie die Notwendigkeit, jeden Partner vorher von der Infektion zu informieren, unabhängig von der Verwendung eines Kondoms.

Letztendlich ist der Arzt auch Ansprechpartner für psychische und soziale Probleme, deren Lösung unter Mithilfe von Fachkräften oder mittels Überweisung an Spezialisten angestrebt werden muß.

Viele HIV-Kranke sind — von kurzen stationären Behandlungen abgesehen — voll berufstätig. Sie wollen möglichst kurze Krankenhausaufenthalte, um schnell wieder nach Hause und arbeiten zu können. Nur eine Minderheit läßt sich berenten und bleibt bei der Berentung, weil viele aufgrund ihres Alters keine oder nur unzureichende Rentenansprüche haben. Für sie ist der Ausstieg aus dem Berufsleben oder die Kündigung mit einem sozialen Abstieg verbunden, da ihnen im wesentlichen nur die Sozialhilfe bleibt. Viele AIDS-Patienten scheuen jedoch die Beantragung der Sozialhilfe, weil sie mit der öffentlichen Bekanntgabe ihrer Krankheit noch größere Diskriminierung fürchten.

Die Erfahrungen zeigen, daß die finanziellen Probleme von AIDS-Kranken oft erheblich sind; die der drogenabhängigen Kranken ohnehin, aber auch für die anderen, die gut verdient hatten und entsprechende finanzielle Verpflichtungen eingegangen waren.

3.1.1.2 Pflegerische Versorgung

Der Wunsch vieler Patienten, die Liegezeiten im Krankenhaus auf ein Minimum zu reduzieren, aber auch die geringe Bettenzahl in spezialisierten Krankenhäusern, führen zu zunehmenden Anforderungen an ambulante und häusliche Pflege. Bisher wurden in der Bundesrepublik Deutschland vor allem alte Menschen und Behinderte von sozialen Einrichtungen und Pflegevereinen versorgt. Am Beispiel der Versorgung AIDS-Kranker wird deutlich, wie rückständig und lückenhaft das Netz von Angeboten zur ambulanten Pflege, ganz besonders auch im ländlichen Raum, bei uns ist.

Die vielfältigen Infektionen als Folge der Immunschwäche, die versorgt werden müssen, erfordern auch in der Pflege ein breit gefächertes Wissen. Bearbeitet werden müssen außerdem soziale und psychische Probleme, die häufig zunächst an Schwestern oder Pfleger herangetragen werden. Der Umgang mit Menschen, die auf den Tod zugehen, erfordert ein großes Maß an Einfühlungsvermögen, aber auch hohen Zeitaufwand.

Solange es irgend möglich ist versorgen sich die Patienten selbst, gegebenenfalls unter Mithilfe von Freunden oder Angehörigen. Erst wenn diese überfordert sind, werden auch andere, öffentliche Angebote wahrgenommen und in die häusliche Versorgung einbezogen.

Einrichtungen der ambulanten Pflege sind, neben Sozialstationen der verschiedenen Träger, Gemeindeschwestern, die AIDS-Hilfen, Selbsthilfeorganisationen und das in einer Ambulanz oder Arztpraxis tätige Pflegepersonal.

Die Pflege im engeren Sinn umfaßt vor allem die Bereiche der Grund- und Behandlungspflege und psychischen Betreuung:

— Die *Grundpflege* umfaßt neben hygienischen Maßnahmen, die den immungeschwächten Patienten vor zusätzlichen Infekten schützen soll, z. B. die tägliche Körperpflege, aber auch Dekubitusprophylaxe, die Sorge für eine saubere Umgebung sowie die Versorgung mit Essen.

— Die *Behandlungspflege* beinhaltet alle Tätigkeiten des Pflegepersonals auf Anordnung des Arztes bei Erkrankungen der Haut, des Gastrointestinaltraktes, der Lunge, des zentralen und peripheren Nervensystems, der Augen oder anderer Bereiche. Dazu gehören Reinigen, Spülen und Versorgen von Affektionen der Haut und Schleimhäute, regelmäßige Verabreichungen von Medikamenten, auch in Form einer Injektion, regelmäßige, ausreichende Nahrungszufuhr, Gewichtskontrollen und Hilfen für bettlägerige und gehbehinderte Patienten. Ganz besonderes Augenmerk gilt Patienten mit Schmerzen.

All diese Verrichtungen müssen 7 Tage die Woche bei täglich etwa 4 Stunden Zeitaufwand und mehr erbracht werden.

Die Pflege umfaßt gleichzeitig menschliche Zuwendung, da die Pflegeperson durch den täglichen, intimen Umgang schnell zur Vertrauensperson wird und zum Ansprechpartner für vielfältige Probleme. Der persönliche Einsatz des Pflegepersonals, die intensive Zuwendung zum Patienten, die Aufmerksamkeit für seine Wünsche und Bedürfnisse, die Begleitung des Patienten über langwährende, häufig wiederkehrende Krankenhausaufenthalte und in der Sterbephase stellen hohe Ansprüche.

Im Rahmen der Bemühung um eine bessere Pflege wird die Schaffung von Hospizen als Sonderform einer ärztlich geleiteten Pflegeeinrichtung erwogen. Das Für und Wider ist jedoch nicht ausdiskutiert. Ohne Zweifel werden aber Pflegeplätze für diejenigen AIDS-Patienten benötigt, bei denen nicht mehr die Erkrankung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Dieses gilt besonders für Patienten mit einer fortgeschrittenen Enzephalopathie.

3.1.1.3 Psychische Betreuung

HIV-positive Patienten haben spezifische psychische Probleme, die mit dem Charakter der Krankheit, dem Tod in jungen Jahren und der Zugehörigkeit zu gesellschaftlich diskriminierten Gruppen bzw. der mit der Krankheit verbundenen Diskriminierung in Zusammenhang stehen. Dazu gehören die Angst vor der Zukunft einschließlich ungenügender sozialer Absicherung, Angst vor Ablehnung oder Isolation und der Umgang damit, aber auch Ängste bezüglich der eigenen Sexualität. Die besondere psychische Belastung der AIDS-Kranken läßt sich an einer Suizidrate ablesen, die angeblich höher als bei anderen chronisch Kranken ist.

Neben den genannten Einflüssen müssen auch Nebenwirkungen von Medikamenten, der AIDS-Dementia-Complex und andere cerebrale Störungen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion berücksichtigt werden. Auch psychiatrische Symptome kommen in Betracht. Veränderungen im Wesen und Verhalten des Patienten können so langsam verlaufen, daß sie von ihm und seiner Umgebung spät bemerkt werden.

Wesentlich prägend für die psychische Situation der AIDS-Patienten sind die häufig feindseligen Reaktionen der näheren und weiteren Umwelt auf die Krankheit. Für die psychische Bewältigung der Situation eines HIV-Positiven oder AIDS-Kranken ist bedeutsam, ob er einen festen Partner hat und ob dieser den gleichen HIV-Status hat.

In der Phase der Erkrankung bekommt bei Homosexuellen die Sexualität ein anderes Gewicht: Diese findet ihren Ausdruck in dem körperlichen Verlangen nach Zärtlichkeit, nach Gehaltenwerden und Schutz durch die Nähe des Partners. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist eine wesentliche Voraussetzung zur psychischen Stabilisierung des Erkrankten. Der Begriff Sexualität beschränkt sich dabei nicht auf den Geschlechtsverkehr: Wichtig ist die körperliche Nähe einer vertrauten Person.

Für partnerlose HIV-Infizierte oder -Erkrankte gibt es meist keine Hoffnung auf eine neue Partnerschaft, was die psychische Situation wesentlich verschlechtern kann.

Auslöser für psychische Konflikte sind nicht nur bei homosexuellen Kranken das Abrücken der Familie, die durch die lange Latenz ausgelöste Unsicherheit und Angst, der mit dem körperlichen Verfall einhergehende Verlust an Aktivität, die aus der Möglichkeit der Infektion anderer resultierende Isolation und die sehr hohe Letalität der HIV-Krankheit. Bei infizierten Frauen treten gegebenenfalls Probleme durch Schwangerschaft und Kindererziehung und Sorge um die Zukunft der Kinder hinzu. All dies führt zu einer Überforderung aller Beteiligten zeitweise oder dauernd. Konzepte für die Arbeit der Psychologen mit HIV-Kranken gibt es nur in großen Umrissen, der klassische Therapieansatz der aufdeckenden Analyse ist untauglich. Vom Psychologen wird Hilfe erwartet, Hilfe bei der Bewältigung der Gegebenheiten, also begleitende Psychotherapie. Vielfach muß der Psychologe auch Aufgaben eines Sozialarbeiters wahrnehmen.

Eine Grundvoraussetzung für den Umgang jedes Therapeuten mit Patienten ist die Aufrechterhaltung einer gewissen Distanz, auch wenn der Patient zeitweise die Solidarisierung sucht, erhält doch gerade diese Distanz die Möglichkeit aufrecht, mit dem Patienten auch schwerwiegende Konflikte zu bearbeiten, die er mit nahestehenden Menschen nicht besprechen kann, aus Angst vor Fehlreaktionen und emotionaler Überbelastung für beide Seiten. Andererseits darf sich der Therapeut nicht auf das klassische Rollenverhalten zurückziehen, weil er dem Patienten zumindest

soweit entgegen kommen muß, daß ein für die HIV-Infektion spezielles Vertrauensverhältnis entstehen kann.

3.1.1.4 Soziale Betreuung

Die Mitteilung der Diagnose an Dritte oder die für andere erkennbaren Manifestationen der HIV-Infektion können schnell zum Verlust des sozialen Netzes führen, zum Verlust an Begegnungen mit Angehörigen, Freunden und Bekannten, zum Verlust emotionaler Unterstützung oder finanzieller Hilfen, zur Ausgrenzung aus der Nachbarschaft, Verlust der Wohnung, zum Verlust des Arbeitsplatzes, zum sozialen Abstieg und am Ende zur Armut eines Sozialhilfeempfängers.

Derartige Notlagen zwingen den Patienten, institutionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dazu stehen Sozialämter, aber auch Sozialarbeiter in Krankenhäusern sowie in Beratungsstellen der verschiedenen Träger wie z. B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt und AIDS-Hilfe zur Verfügung. Fragen über Ansprüche auf gesetzliche Leistungen und über die Verhinderung sozialer Diskriminierung sind häufig erste Schritte zur Kontaktaufnahme.

Schwerpunkte der Gespräche bilden sozialrechtliche Fragen und Hilfe bei der Durchsetzung gesetzlicher Ansprüche, also problemorientierte Hilfe. Praktisch läuft es oft auf die Stellung eines Rentenantrages hinaus; die bei jungen Personen fast immer nur geringe Rente ist häufig ein Grund zur Sorge. Wichtig ist auch die Wahrnehmung gesetzlicher Ansprüche, wie Krankengeld bzw. Wohngeld etc. Ein weiteres Arbeitsgebiet ist aber auch Beratung und Betreuung bei der Bewältigung der Auswirkungen der Krankheit auf das Alltagsleben und damit menschliche Zuwendung. Sozialrechtliche Fragen umfassen z. B. Anträge auf einen Schwerbehindertenausweis, auf Sozialhilfe und Pflegegeld. Eine Bescheinigung über die Behinderung führt zwar in großen Firmen zu verbessertem Kündigungsschutz, aber in vielen Fällen auch zur Offenlegung der Diagnose. Dies muß gegeneinander abgewogen werden. Gesetzliche Ansprüche, z. B. die auf Pflegegeld oder den Schwerbehindertenausweis werden oft erst nach langen Wartezeiten gewährt, so daß der Antragsteller gelegentlich keinen Nutzen mehr davon hat. Psychosoziale Beratung und Betreuung muß auch hier helfen.

Hinzu kommen soziale Besonderheiten der verschiedenen Hauptbetroffenengruppen. So fühlen sich Homosexuelle häufig gezwungen, gegenüber ihrer Familie ein Doppelleben zu führen.

Drogenabhängige lösen sich fast immer aus dem familiären Verband und ihrem ursprünglichen Sozialraum. Dies trägt zu Schwierigkeiten beim Aufbau stabiler Partnerschaften bei. Die Sucht führt auch zu Konflikten mit dem Gesetz und Haftstrafen.

Für Hämophile kann die Infektion mit HIV — ja bereits die Hämophilie selbst — zur Auseinandersetzung mit den Vorurteilen der näheren Umwelt führen. Bei Hämophilen ist ein Vorurteil gegen die Ärzteschaft ausgeprägt, sie fühlen sich oft als „Opfer der Medizin".

3.1.1.5 Behandlung, Betreuung und Versorgung durch Heilpraktiker

Gemäß dem Geschlechtskrankheitengesetz und dem Bundesseuchengesetz sind Heilpraktiker von der Behandlung der Geschlechtskrankheiten und vieler übertragbarer Krankheiten ausgeschlossen. Inwieweit die HIV-Infektion diesem Arztvorbehalt unterliegt, ist strittig (vgl. 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 2 **Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben).**

Unabhängig von dieser Rechtsfrage sollten HIV-infizierte Patienten nur von Ärzten behandelt werden. Die sachgerechte Behandlung von Kranken mit dem Vollbild AIDS, aber auch der fortgeschrittenen Vorstadien erfordert ein hohes Maß an Spezialwissen, die Kooperation mehrer Spezialisten sowie eine erhebliche apparative Diagnostik. Die für eine sachgerechte Behandlung notwendigen Medikamente dürfen von Heilpraktikern nicht verschrieben werden. Vielfach müssen noch nicht zugelassene Medikamente im Rahmen einer klinischen Studie verwendet werden; auch dieses ist Heilpraktikern nicht gestattet. Die hohe Frequenz meldepflichtiger Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Salmonelleninfektionen, Meningitiden u. a.) ist ein weitere Grund für einen Ausschluß von Heilpraktikern von der Behandlung von AIDS-Patienten. Da die HIV-Infektion eine Infektionskrankheit mit sehr ernster Prognose, gleichzeitig aber auch mit sehr vieldeutigem Krankheitsbild ist, muß die Behandlung der HIV-Infektion und ihrer Folgekrankheiten grundsätzlich bei denjenigen bleiben, die unter Anleitung eines in der Materie kundigen Arztes persönliche Erfahrungen gesammelt haben.

Ausreichend ausgebildeten Heilpraktikern kommt allenfalls eine gewisse Rolle in der Aufklärung, in der Beratung über eine gesunde Lebensweise und in der psychischen Betreuung der Patienten zu. Dies gilt insbesondere für Heilpraktiker, die eine Ausbildung als Psychotherapeut haben. In der Tat fühlen sich Patienten in der Betreuung durch solche Heilpraktiker oft wohl und gut versorgt. Es sei aber auch auf die erheblichen rechtlichen Risiken für den Heilpraktiker hingewiesen, wenn er eine behandlungsfähige Infektion übersieht. Es sind auch ungute Beispiele bekannt, bei denen Patienten für ungesicherte, ja potentiell gefährliche Kuren große Summen bezahlen mußten (siehe 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 5 **Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion).**

3.1.2 *Stationäre* Versorgung

Auch bei gut organisierter und funktionierender ambulanter Versorgung wird eine stationäre Behandlung immer wieder notwendig, zum Beispiel zur Durchführung belastender oder mit möglichen Komplikationen behafteter Diagnostik, zur Einleitung von Infusions- oder nebenwirkungsreichen Therapien sowie zur Versorgung Schwerkranker, Pflegebedürftiger und Sterbender, wenn die häusliche Versorgung nicht

mehr gewährleistet ist. Nicht selten ist das Krankenhaus der einzige Ort, an dem der Patient ausreichende menschliche Zuwendung erfährt. Dieses kann dann jedoch zur erhöhten Fixierung des Patienten auf die Klinik führen.

Eine Trennung von akut kranken Patienten, bei denen aufwendige diagnostische oder schwierige therapeutische Maßnahmen im Vordergrund stehen und Patienten, die in erster Linie Beistand und Pflege benötigen, ist im Hinblick auf Finanzen, Struktur und das Personal in Krankenanstalten notwendig. Patienten, die dauernd pflegebedürftig sind, ohne daß eine weitere Behandlung in Frage kommt (z. B. Encephalopathiepatienten) überfordern (bei derzeit zunehmenden Patientenzahlen) die Kapazität der Krankenhäuser der Maximalversorgung. Patienten mit therapeutisch einfacheren Manifestationen, wie z. B. Zoster, können auch in Krankenhäusern der Regelversorgung behandelt werden. Es muß aber immer gewährleistet sein, daß der entsprechende Sachverstand in dem Krankenhaus auch vorhanden ist. Eine enge Zusammenarbeit der Krankenanstalten aller Versorgungsstufen verbessert den Austausch von Wissen und Erfahrung und dient damit einer optimalen Versorgung der Patienten.

In der Universitätsklinik Frankfurt wurden die ersten Patienten mit der damals „vermutlich infektiösen" Immunschwäche auf der Infektionsstation behandelt. Daraus entwickelte sich im Laufe der Jahre eine „AIDS-Station" unter Verlust der allgemeinen Infektionsstationen. Die Belastung des Personals durch die ausschließliche Behandlung von AIDS-Patienten ist ein Nachteil dieser Lösung. Vorteile sind jedoch die enge Kooperation und räumliche Nähe zur AIDS-Ambulanz einschließlich einer AIDS-Tagesklinik.

Wie die Erfahrungen dort zeigen, empfinden die Patienten sich gut versorgt und wie zu Hause. Diese Art der zentralisierten Patientenversorgung erhöht das Wissen und die Erfahrung der beteiligten Ärzte und damit die Qualität der Versorgung. Der Nachteil dieser Zusammenfassung ist freilich die Offenlegung der Diagnose durch den Aufenthalt auf dieser Station. Ein weiterer Nachteil sind die sehr großen Patientenzahlen, die in einer derartigen Schwerpunktstation behandelt werden wollen. Die Belastung des Personals, insbesondere der Schwestern, ist in einer derartigen Schwerpunktstation besonders groß.

Eine solche AIDS-Schwerpunkteinrichtung fungiert als Referenz- und Konsiliarinstitution für die Ärzte der Region. Sie wird ergänzt durch eine Gruppe kooperierender Ärzte, die die Patienten ambulant betreuen. Hinzu kommt die Funktion als Ausbildungsinstitution für Ärzte, die in Zukunft HIV-Patienten betreuen sollen.

Im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin (siehe 3.2.4 Schöneberger Modell) und in den Münchner Universitätskliniken erfolgt die Unterbringung von HIV-Kranken auf gemischten Stationen. Damit wird dem Patienten der Krankenhausaufenthalt als normaler Vorgang erleichtert, die Offenlegung der Diagnose freigestellt, und das Pflegepersonal kann vielseitig tätig bleiben.

Die Unterbringung in Einzel- oder Mehrbettzimmern wird nach der Schwere des Krankheitsbildes und aufgrund der Verfügbarkeit von Einzelzimmern entschieden. Die Unterbringung im Mehrbettzimmer ist für Kranke mit guter Prognose vorzuziehen, weil es die Rückkehr in den Alltag erleichtert, speziell wenn die Mitpatienten nicht an der HIV-Infektion leiden. Das Zusammenlegen von mehreren HIV-Patienten in einem Zimmer erhöht zwar das Verständnis der Krankheit und verbessert möglicherweise ihre Prognose, bringt aber bei Homosexuellen bzw. Drogenabhängigen eigene Probleme mit sich. Für Sterbende wird die Pflege in Einzelzimmern angestrebt, um jederzeit, auch nachts, Angehörigen oder Freunden einen Besuch oder auch Rooming-in (d. h. dauernder Aufenthalt mit Übernachtung) zu ermöglichen. Limitierend ist die geringe Zahl der Einbettzimmer in den meisten Kliniken und Krankenhäusern.

3.1.2.1 Ärztliche Versorgung

Ärztliche Aufgaben bei der stationären Versorgung betreffen in erster Linie Diagnostik und Therapie opportunistischer Infektionen und Malignome sowie die Abklärung der mit Neuro-AIDS verbundenen Fragen. Zweit-, Dritt- oder Mischinfektionen führen oft zu einer unklaren Symptomatik. Hierdurch wird die ohnehin zeitaufwendige, personalintensive und teure Diagnostik sowie der frühzeitige Einsatz gezielter therapeutischer Mittel erschwert.

Die Diagnose einiger schwerer Komplikationen bei AIDS erfordert komplizierte Untersuchungstechniken zur Gewinnung von Untersuchungsmaterial (provoziertes Sputum, Bronchoskopie mit Lavage, transbronchiale Biopsie, ggf. auch komplizierte Endoskopien des Intestinaltraktes). Die notwendige Spezialausrüstung, aber auch die hierfür notwendigen Spezialisten müssen in einem Krankenhaus, das eine vollwertige AIDS-Versorgung betreibt, vorhanden sein.

Weiterhin müssen bei der Betreuung von AIDS-Kranken auch die zum Teil recht schwierigen Laboruntersuchungen im Krankenhaus oder dessen Nachbarschaft möglich sein. Als Spezialverfahren, die über die Routineuntersuchungen des Laboratoriums hinausgehen, sind zu nennen: T-Zelldifferenzierung, Pneumocystis-, Mykobakterien- und quantitative Pilzdiagnostik. Eine enge Zusammenarbeit mit einem pathologischen Institut mit Spezialkenntnissen, mit der Materie zur Durchführung der häufig komplizierten histologischen Untersuchungen Vertrauten, ist unbedingt notwendig. Das gleiche gilt für eine enge Kooperation mit einem virologischen Laboratorium, in dem neben der Routineserologie auch andere Fragestellungen abgeklärt werden (z. B. Nachweis von p24-Antikörpern, p24-Antigen, Virusanzucht, in-situ-Hybridisierung, PCR u. a.). Das virologische Laboratorium muß auch imstande sein, die Diagnose von fakultativ pathogenen Viren (z. B. Cytomegalie, Herpes) durchzuführen.

In einem Klinikum müssen für eine umfassende Diagnostik relativ häufig komplizierte apparative diagnostische Leistungen erbracht werden (CT des Schädels, EEG, Spirometrie, Sonographie u. a.). Bestimmte

Hauttumoren erfordern moderne Bestrahlungsverfahren oder andere Techniken einer Lokalbehandlung (Laser, Vereisung u. a.). Insgesamt erfordert eine vollwertige medizinische Versorgung von AIDS-Patienten einen erheblichen apparativen Aufwand und gute Kenntnisse der Spezialdiagnostik. Die z. T. noch fehlenden Apparate lassen sich beschaffen. Die hierfür notwendigen eingearbeiteten Spezialisten sind heute noch in ungenügender Anzahl vorhanden.

Betreuung durch den Augenarzt

Besonders in der Spätphase der Erkrankung haben die Patienten sehr häufig Augenmanifestationen (Cytomegalie, Toxoplasmose, Kaposi-Sarkom u. a.). Eine enge Zusammenarbeit mit einem eingearbeiteten Augenarzt ist unbedingt erforderlich. Die Therapie einer Cytomegalie des Auges, die unbehandelt schnell zur Erblindung führt, ist ausgesprochen schwierig. Sie hat viele Nebenwirkungen und meist nur temporären Erfolg. Die beiden zur Verfügung stehenden Mittel haben viele Nebenwirkungen.

3.1.2.2 Neurologisch/psychiatrische Versorgung

Zu den neurologisch/psychiatrischen Einweisungsdiagnosen gehören in erster Linie der AIDS-Dementia-Komplex sowie die Hirntoxoplasmose. Manchmal äußert sich eine ZNS-Infektion mit HIV auch als akute Psychose oder Durchgangssyndrom. Schwierig wird die Abtrennung seltener, sekundärer Neuroinfektionen (Lues, Cytomegalie, Kryptokokkeninfektion, multifokale Leukenzephalitis). Manchmal liegen auch Tumore (Hirnlymphom u. a.) vor. Alle genannten Krankheitsbilder können sowohl eine neurologische als auch psychiatrische Symptomatik hervorrufen. Diagnose und Behandlung dieser Krankheitsbilder gehören in die Hand von Ärzten, die fundierte, ausreichende, neurologische und psychiatrische Kenntnisse haben. Oft werden aufwendige apparative Untersuchungen (Computertomographie, EEG, Kernspintomographie) notwendig. Die enge Zusammenarbeit mit einem Ophthalmologen ist notwendig, da sich häufig eine Augenbeteiligung findet, die bei der Cytomegalie sogar die Hauptmanifestation ist.

Nicht selten haben Patienten mit Neuromanifestationen epileptiforme Krämpfe. Zur Therapie stehen Antibiotika, Chemotherapeutika, Gancyclovir, Interferon evtl. auch AZT zur Verfügung. Häufig müssen auch Psychopharmaka und Antiepileptika zum Einsatz kommen. Die Behandlung von Drogenabhänigen, die nicht entzogen sind, wirft besondere Probleme auf. Es darf auch nicht übersehen werden, daß psychiatrische Erkrankungen bereits vor der HIV-Infektion bestanden haben können.

3.1.2.3 Pflegerische Versorgung

Neben den ärztlichen Aufgaben kann die Notwendigkeit intensiver pflegerischer Betreuung Grund zu stationärer Behandlung sein. Behandlungs- und Grundpflege nehmen dabei einen der onkologischen und/oder Intensivpflege vergleichbaren Raum ein; das gilt auch für den Bedarf einer breiten menschlichen Zuwendung. Dies erhöht den zeitlichen und personellen Aufwand ganz besonders, wird aber von den Stellenplänen nicht berücksichtigt, so daß entweder das Pflegepersonal überlastet wird oder die anderen Patienten zu kurz kommen; meist ist beides der Fall. Patienten mit schwerer Pneumocystis carinii Pneumonie, schweren Durchfällen, extremer Kachexie oder fortgeschrittenem Kaposi-Sarkom sind selbst für einsatzfreudige und erfahrene Schwestern und Pfleger eine besondere Belastung.

HIV-Patienten in stationärer Behandlung sind häufig in einem schlechten Allgemein- und Ernährungszustand und brauchen selbst für alltägliche Verrichtungen, z. B. bei Lähmungen oder Gehbehinderungen, Hilfestellung beim Verlassen des Bettes, Füttern oder auch bei der täglichen Körperpflege. Neben den Kontrollen von Blutdruck, Puls und Temperatur kommen die Überwachung der Ein- und Ausfuhr, vielfältiger Infusionen zur Ernährung und Therapie sowie die Überwachung von Dauerkathetern und Sonden hinzu.

Auch Maßnahmen zur Prophylaxe von Dekubitus, Pneumonie oder Spitzfußstellung gehören zur täglichen Versorgung. Alle pflegerisch therapeutischen Maßnahmen müssen dokumentiert werden. Das gleiche gilt für Beobachtungen zum Krankheitsverlauf und dem Befinden des Patienten. Auch die Weitergabe der Informationen an die nächste betreuende Schwester braucht Zeit. Neben diesen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen verlangt der HIV-Kranke persönliche Zuwendung, die viel Zeit in Anspruch nimmt. Genaue Untersuchungen über diesen Zeitaufwand und die genaue Art pflegerischer Leistungen fehlen noch; sie sind dringend zu erstellen.

Aufgrund der starken psychischen Belastung durch den täglichen Umgang mit Schwerstkranken muß für das Pflegepersonal die Möglichkeit psychologischer Betreuung gewährleistet werden. Von vielen Pflegern (und Ärzten) werden Supervision und psychische Unterstützung gern in Anspruch genommen, andere lehnen sie ab.

Zum Teil resultiert bei den Pflegekräften aus der hohen körperlichen und psychischen Belastung bei gleichzeitig schlechter Bezahlung für eine verantwortungsvolle Tätigkeit eine erhebliche Berufsunzufriedenheit. Diese führt immer wieder zum Abwandern guter Pflegekräfte von AIDS-Stationen oder Stationen mit einem hohen Anteil AIDS-Kranker.

3.1.2.4 Psychische Betreuung

Die Auseinandersetzung mit AIDS selber beginnt häufig erst mit dem Auftreten erster Symptome, vorher wird die Problematik vielfach verdrängt. Bei einem stationären Aufenthalt umfaßt die psychische Betreuung deshalb nicht nur die Bewältigung der aktuellen Situation und der notwendigen und möglicherweise belastenden Maßnahmen, sondern auch die unter 3.1.1.3 näher beschriebene Auseinandersetzung mit allen im Zusammenhang mit der Infektion stehenden Probleme und damit auch der Prognose. Mit dem

Fortschreiten der Erkrankung rücken, wie bei anderen schweren Erkrankungen, Gedanken an Tod und Sterben in den Mittelpunkt. Fast immer bereiten nicht nur der Tod, sondern auch Art und Weise des Sterbens Angst.

Allgemeine Probleme können in therapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen während des stationären Aufenthaltes und danach angesprochen und Lösungsansätze erarbeitet werden. Günstige Voraussetzungen bietet dabei die Einschaltung eines für die Thematik offenen Klinikpsychologen bzw. Klinikseelsorgers. Alles, was den Kranken im Hinblick auf seine Prognose zutiefst persönlich betrifft, kann er nur mit einer erfahrenen Vertrauensperson (Arzt, Seelsorger oder Psychologe) erörtern.

3.1.2.5 Soziale Betreuung

Soziale Betreuung während eines Krankenhausaufenthaltes hat meist die Planung des weiteren Lebens zum Inhalt. Dazu gehört vor allem die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. die Sicherung des Lebensunterhaltes, wenn der Kranke nicht wieder arbeitsfähig wird, oder trotz erhaltener Arbeitsfähigkeit seinen Arbeitsplatz verliert. Diese Hilfe ist für viele Patienten besonders wichtig, wenn sie von ihrer Umwelt alleingelassen wurden. Selbst enge Freunde nehmen den stationären Aufenthalt zum Anlaß einer Trennung oder lassen sich aus persönlichen Gründen in dieser Zeit nicht sehen! Dann werden selbst kleine Besorgungen zu unüberwindlichen Problemen.

Zur Bewältigung solcher Probleme stehen im Krankenhaus Sozialarbeiter zur Verfügung, die mit dem Patienten gemeinsam individuelle Lösungen erarbeiten, um den stationären Aufenthalt nicht unnötig zu verlängern. Leider sind nicht alle Sozialarbeiter mit den besonderen Problemen bei AIDS vertraut.

Für Besorgungen, Botengänge und Besuche hat sich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen bewährt, die Schulung und Supervision ihrer Mitarbeiter gewährleisten. So kommen Mitarbeiter der Münchner AIDS-Hilfe regelmäßig auf die Stationen in der Poliklinik und bemühen sich um die Belange der Kranken, daß sich sogar enge Kontakte über den stationären Aufenthalt hinaus ergeben.

3.2 Beispiele für die Verzahnung der unterschiedlichen Disziplinen in der ambulanten und stationären Versorgung und Betreuung anhand von Modellen

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) hat für die Beratung und Betreuung Betroffener verschiedene Modellprojekte ausgeschrieben in denen allerdings sinngemäß das Wort AIDS durch HIV zu ersetzen ist:

— *Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen*

  Dieses Modell soll neue Formen der Versorgung und Betreuung Betroffener erproben. Dazu wäre eine Möglichkeit, beschützte Wohnformen zu schaffen. Es soll des weiteren herausgefunden werden, welche Strukturen für die Versorgung und Betreuung erforderlich sind, und mit welchem Personal- und Sachaufwand zu rechnen ist.

— *Modellmaßnahmen zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten*

  Bei diesem Modell geht es um den Aufbau geeigneter Versorgungsstrukturen, bei denen AIDS-Patienten soweit wie möglich ambulant versorgt und nur soweit wie nötig stationär behandelt werden.

— *Psychosoziale Beratungsmaßnahmen im Zusammenhang mit AIDS*

  Dieses Projekt dient der Entwicklung von Beratungsinhalten, Beratungsbedarf, speziellen Formen der Beratung und Beratungsqualifikation und der Entwicklung eines Standards für die Betreuung und Versorgung.

Im folgenden sollen beispielhaft Modelle aus verschiedenen Behandlungsschwerpunkten beschrieben werden. Es darf jedoch nicht verschwiegen werden, daß manche enthusiastisch begonnenen Modellversuche inzwischen eingeschlafen sind und die Betreuung der HIV-Infizierten sang- und klanglos von der allgemeinen ärztlichen Versorgung übernommen werden mußte.

3.2.1 Mobiler AIDS-Pflege- und -Betreuungsdienst Oberbayern

Im Januar 1988 hat die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Oberbayern, einen mobilen AIDS-Pflege- und -Betreuungsdienst eingerichtet. Er beschäftigt derzeit 5 Krankenpflegekräfte und 2 Sozialarbeiter für die häusliche Pflege von AIDS-Kranken und die psychosoziale Betreuung von HIV-Positiven im ländlichen Raum.

In den Jahren 1988 und 1989 wurden insgesamt 68 Patienten/Klienten gepflegt bzw. psychisch betreut. Davon sind 21 Patienten inzwischen verstorben. In den ersten beiden Monaten des Jahres 1990 kamen 14 Patienten/Klienten hinzu. Die Versorgung der Patienten kann von den 5 Pflegekräften nur unter Einsatz zahlreicher Überstunden sichergestellt werden.

Um die psychosozialen Versorgungsstrukturen für AIDS-Patienten und HIV-Positive zu verbessern, wurde 1989 damit begonnen, in allen 20 Landkreisen des Regierungsbezirkes Oberbayern in Zusammenarbeit mit den AIDS-Fachkräften der Gesundheitsämter „AIDS-Arbeitskreise" auf Landkreisebene zweimal jährlich durchzufühen.

Um die flächendeckende Versorgung eines so großen ländlichen Raumes zu gewährleisten, ist sowohl eine bessere personelle wie finanzielle Ausstattung des Mobilen Dienstes unumgänglich.

3.2.2 Betreuung und Versorgung in Wohngemeinschaften

Eine weitere Möglichkeit ambulanter Versorgung wird derzeit in Form von Wohngemeinschaften erprobt. Ziel dieser Projekte ist es, obdachlose Infizierte und leicht Erkrankte vorübergehend unterzubringen sowie, wenn möglich, sie ins Berufsleben zurückzuführen und eine neue Wohnung zu finden. Es gibt derzeit erst wenige Einrichtungen dieser Art, obwohl der Bedarf rasch steigt. Die Organisation und Einrichtung betreuter Wohngemeinschaften geschieht durch örtliche Sozialstationen. Gründe zur Aufnahme sind häufig die Trennung vom Partner oder der Familie oder der Verlust der Wohnung.

Die Versorgung umfaßt neben der Krankenpflege auch psychosoziale Betreuung und ärztliche Versorgung. Für den täglichen Unterhalt kommen die Betroffenen selbst auf. Bei Bedarf können Mahlzeiten über „Essen auf Rädern" bezogen werden. Selbst mit der Zusage für einen unbefristeten Aufenthalt sollten die Wohngemeinschaften nur als Notlösung angesehen werden.

Wegen der besonderen Problematik drogenabhängiger Infizierter werden Drogenabhängige nur in Einzelfällen aufgenommen. Dabei sind sich alle Beteiligten darüber im klaren, daß gerade Abhängige ein Projekt dieser Art benötigen, die Unterbringung von Süchtigen in einer solchen Einrichtung aber besonders problematisch ist.

3.2.2.1 Wohnprojekt der Arbeiterwohlfahrt in Köln

Das Wohngemeinschaftsprojekt für HIV-Infizierte der Arbeiterwohlfahrt in Köln bietet derzeit 6 Personen Platz. Es hat sich gezeigt, daß das Angebot ausschließlich von Personen wahrgenommen wird, die schon lange keinen festen Wohnsitz mehr hatten. Dazu gehören vor allem aus dem Strafvollzug oder aus stationärer psychiatrischer Langzeitbehandlung Entlassene. Häufig ist der Nachweis einer Unterkunft jedoch Vorbedingung für eine Entlassung.

Die große Nachfrage kann nicht gedeckt werden, da weder räumliche, finanzielle noch personelle Voraussetzungen ausreichend vorhanden sind. Können vor allem die finanziellen Probleme bis Mitte 1990 nicht gelöst werden, so muß diese Einrichtung schließen.

Ein besonderes Problem stellen psychisch auffällige Klienten dar, die eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen. Damit sind jedoch die Krankenschwester und der Sozialpädagoge zeitlich überfordert. Dies führte bisher zu einer großen personellen Fluktuation.

3.2.2.2 Wohnprojekt des Bayerischen Roten Kreuzes in München

Das Wohngemeinschaftsprojekt für HIV-Infizierte des Bayerischen Roten Kreuzes in München bietet derzeit 4 Personen Unterkunft, Pflege und Betreuung. Ein Haus mit weiteren 5 Plätzen wird im Frühjahr 1990 eröffnet.

Auch hier wird die Zunahme von Klienten mit geringem Einkommen bzw. Sozialhilfeempfängern beobachtet sowie von Frührentnern, (ehemaligen) Drogenabhängigen und Entlassenen aus dem Strafvollzug oder der Psychiatrie. Die Bewohner beteiligen sich an den laufenden Kosten mit 300,— DM pro Monat.

In die Versorgung und Betreuung sind Pflegekräfte, ein Sozialpädagoge sowie ein Diplompsychologe integriert, die von verschiedenen Stellen (Ministerium für Arbeit und Soziales, Kommune, Modelle des BMJFFG) finanziert werden.

3.2.2.3 Wohnprojekt der Berliner AIDS-Hilfe in Berlin

Seit Oktober 1989 existiert in Berlin ein neues Projekt zur besseren Wohnraumversorgung für Menschen mit HIV und AIDS: das Wohnprojekt der Berliner AIDS-Hilfe für Menschen mit HIV und AIDS „zuhause im Kiez". Angesichts der aussichtslosen Situation dieser Menschen bei der Wohnungssuche wurde ein neuer Weg eingeschlagen: Die Gründung der gemeinnützigen Gesellschaft „zuhause im Kiez — zik" GmbH. ZiK hat sich zum Ziel gesetzt, zur dauerhaften Wohnraumsicherung Wohnungen an- und unterzuvermieten oder auch geeignete Immobilien zu erwerben, da besonders Menschen mit AIDS, die bisher auf der Straße oder in „Billigpensionen" lebten, gesundheitsstabilisierende und menschenwürdige Wohnverhältnisse brauchen. Gesellschafter der GmbH sind die Berliner AIDS-Hilfe, der Anti-Drogen-Verein, der Verein für Suchtprävention und -therapie, die Drogenberatungsstelle Tiergarten und HIV e.V.

Bisher wurden sieben Wohnungen angemietet und weitervermittelt. Fünf Einzelwohnungen befinden sich in einem Haus, was den Bewohnern Selbständigkeit und Rückzugsmöglichkeit gewährleistet und gleichzeitig die Voraussetzung für gegenseitige Hilfe und Untersützung der Mieter untereinander erleichtert.

Im Einzelfall soll für Drogenabhängige die Voraussetzung zur Substitution von L-Polamidon geschaffen werden. Die Selbsthilfe der Betroffenen soll innerhalb des Projekts gefördert werden. Das ziK-Konzept orientiert sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen. Die Mitarbeit und Mitbestimmung der Bewohner im Projekt ist gewünscht und gewährleistet: Es finden relgemäßig Mieterversammlungen statt, von denen aus eine Person des Vertrauens in die Sitzungen des Fachbeirates der ziK GmbH delegiert werden kann. Bereits funktionierende Strukturen der Versorgung im Stadtteil werden durch Kooperation von ziK mit allen wichtigen Einrichtungen genutzt.

Diesem Verbundsystem gehören an:

- niedergelassene Ärzte,
- Sozialstationen,
- das Auguste-Viktoria-Krankenhaus,
- Apotheken,
- das Bezirksamt des jeweiligen Stadtteils,

— Drogeneinrichtungen,

— die Berliner AIDS-Hilfe und

— Stadtteilinitiativen.

3.2.3 Schwabinger Modell

Nach dem Vorbild der integrierten Versorgung von AIDS- und AIDS-Vorfeldpatienten in San Francisco wird im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing ein weiteres Modell erprobt. Die Integration umfaßt die klinische Arbeit mit allen Fachrichtungen, die im Hause vertreten sind, die Beratung und Forschung sowie die Einbeziehung von Systemen außerhalb der Medizin. Ein Psychologe ist ebenfalls in die Ambulanztätigkeit einbezogen. Dies wird von Patienten, aber auch von den in der Ambulanz Tätigen als hilfreich empfunden. Zentrale Bedeutung hat die enge Kooperation zwischen Hausarzt, Ambulanz und stationärer Versorgung. Die zentrale Organisationsstelle ist die interdisziplinäre HIV-Ambulanz im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing, die früher unter der gemeinsamen Leitung der Abteilungen I und IV und der Dermatologischen Abteilung stand und seit 1989 der Abteilung IV (Infektionskrankheiten) zugeordnet ist.

3.2.4 Schöneberger Modell

Auch das Auguste-Viktoria-Krankenhaus (AVK) in Berlin hat sich die Versorgung der Patienten in San Francisco zum Vorbild genommen. Der „Arbeitskreis AIDS" niedergelassener Ärzte entwickelte daraus das Modell einer integrierten klinischen und ambulanten Versorgung.

Es umfaßt die stationäre Behandlung im AVK, die ambulante Betreuung durch niedergelassene Internisten, die zum AIDS-Arbeitskreis gehören, und die ambulante Pflege durch Sozialstationen, AIDS-Hilfe und Selbsthilfeorganisationen. Die Betreuung ist durch die enge Zusammenarbeit aller gekennzeichnet.

Ein Psychologe, der die stationären Patienten betreut, hat in diesem Modell eine zentrale Stellung, da nicht nur die medizinischen Aspekte Beachtung finden sollen. Eine wichtige Funktion hat der Sozialarbeiter, der sich während des stationären Aufenthaltes um die sozialen Belange des Patienten kümmert und Voraussetzungen für eine unkomplizierte, ambulante Betreuung schafft. Um den stationär-ambulanten Übergang möglichst reibungslos zu gestalten, arbeiten der Sozialarbeiter und eine von der AIDS-Hilfe delegierte Krankenschwester schon ab den ersten Tagen eines stationären Aufenthaltes zusammen. So vermittelt die Schwester persönliche Kontakte zur AIDS-Hilfe oder anderen Selbsthilfeorganisationen und die pflegerische Betreuung durch Sozialstationen oder private Pflege nach der Entlassung.

Die ambulante, medizinische Betreuung übernehmen erfahrene niedergelassene Internisten und andere im Arbeitskreis AIDS zusammengeschlossene Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen. Fachliche Spezialisierung und gleichzeitige Hausarztfunktion gewährleisten eine ambulante Betreuung der Patienten und ermöglichen den Verzicht auf ein Ambulatorium, das an einem städtischen Krankenhaus bei unserer medizinischen Organisation nicht vorgesehen ist.

1989 betreuten über 50 Sozialstationen 1 141 Patienten.

3.2.5 Ambulanz Innenstadtkliniken München

Die Vielfalt der Symptome und beteiligten Organe bei der HIV-Infektion erfordert die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Spezialdisziplinen, wie sie im Bereich der Münchner Innenstadtkliniken möglich ist. Die internistische, infektiologische und immunologische Betreuung erfolgt in der Medizinischen Poliklinik; für Fachkonsile stehen Neurologen, Psychiater, Dermatologen, Gynäkologen, HNO- und Augenärzte, Urologen und Chirurgen zur Verfügung. Der entscheidende Vorteil der poliklinischen Versorgung besteht im Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Versorgung mit einer Minimierung von Informationsverlusten durch Überweisungen.

Stationäre Aufnahmeindikationen ergeben sich überwiegend im internistischen Bereich durch opportunistische Infektionen, Malignome oder Kachexie und in der Neurologie durch opportunistische Infektionen des ZNS oder eine Enzephalopathie. Grenzen der stationären Versorgung bestehen in der niedrigen Zahl der für HIV-Kranke genehmigten stationären Betten sowie im Schwesternmangel, denn zusätzlich bewilligte Krankenschwesternstellen können in München angesichts der hohen Lebenshaltungskosten und der geringen Attraktivität der Pflege AIDS-Kranker nicht besetzt werden.

Die pflegerische Versorgung ambulanter Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit Sozialstationen und Selbsthilfeorganisationen. Psychologische und soziale Beratung ist im Bereich der Innenstadtkliniken einerseits durch die der Dermatologischen Klinik angegliederte AIDS-Beratungsstelle der Bayerischen AIDS-Stiftung, andererseits durch Zusammenarbeit mit der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik gewährleistet.

3.2.6 Modell Frankfurter Universitätsklinikum

In Frankfurt erfolgt die Patientenversorgung weitgehend analog der für München beschriebenen. Limitierend ist die Kapazität der Einrichtung; in den relativ wenig Betten können nur noch Schwerkranke aufgenommen werden. Die Ambulanz ist ebenfalls an der Grenze ihrer Kapazität angelangt. 1990 kommt eine Tagesklinik zu der Einheit von Station und Ambulanz hinzu; hierdurch können z. B. Aufnahmen wegen Infusionen vermieden werden. Ein Sozialarbeiter sowie eine Studienkoordinatorin ergänzen das Personal dieser Einheit. Ein besonderer Vorteil ist das eigene mikrobiologische Laboratorium für Spezialfragen der AIDS-Diagnostik (quantitative Keimzählung, Cryptococcus-Diagnostik, Cryptosporidien-Diagnostik, pro-

voziertes Sputum u. a.). Nachteilig ist die etwas abseitige Lage des Gebäudes, die die Verlegung von Patienten, z. B. in die Röntgenabteilung, erschwert.

3.2.7 Generelle Probleme und Finanzierung der Modelle

Für die unter 3.2.1 bis 3.2.4 beschriebenen Modellprojekte werden vom BMJFFG und BMA Haushaltsmittel veranschlagt und verteilt.

Daneben erhalten einige Modelle Zuschüsse von Ländern und Kommunen, getrennt nach Personal- und Sachkosten. Die Kosten der häuslichen Krankenpflege werden wie bisher über Festbeträge für Grund- und/oder Behandlungspflege bei den Krankenkassen geltend gemacht. Die sozialpflegerischen Leistungen werden von diesen jedoch nicht übernommen. Die verbleibenden Finanzierungslücken werden aus dem Etat der Träger der Krankenanstalten, der Sozialstationen und der Selbsthilfegruppen bestritten. Über die Projektphase hinaus besteht keine langfristige Sicherung der Modelle. Viele Pflegekräfte sind durch arbeitsvertraglich unsichere Einbindungen gefährdet. Die finanzielle Misere macht allen Modellprojekten zu schaffen. Die stationäre und ambulante Versorgung einer zunehmenden Zahl chronisch kranker Menschen mit AIDS, aber auch anderen Leiden, ergibt einen Mehrbedarf an Sachmitteln und an langfristig angestelltem Betreuungs- und Versorgungspersonal.

3.3 Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung

3.3.1 Finanzierung der Behandlung durch niedergelassene Ärzte

Geht der Patient mit Kranken- oder Überweisungsschein zu einem niedergelassenen Arzt, so kann dieser alle diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, die körperliche Untersuchung, Beratung sowie therapeutische Gespräche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Krankenkasse abrechnen. Ein voller finanzieller Ausgleich der für den Patienten aufgewendeten Zeit, speziell für Gespräche, ist derzeit nicht möglich. Durch die vergleichsweise aufwendige Diagnostik und Therapie kommt es zu einem Anstieg der durchschnittlichen Gesamtkosten in einer Arztpraxis, zumal wenn diese mehrere HIV-Patienten betreut. Dieser Anstieg wirkt sich für einen Arzt mit vielen AIDS-Patienten finanziell ungünstig aus. Darüber hinaus lassen sich die für HIV-Patienten notwendigen Geräte von einem niedergelassenen Arzt in Kassenpraxis (Spirograph, Sonographiegerät, Inhalationsgeräte, Infusomaten u. a.) nur schwer finanzieren.

Die Kosten der z. T. teueren Medikamente, wie AZT, Interferon, Gancyclovir, Immunglobuline oder Antibiotika werden zwischen Apotheker und Krankenkasse abgerechnet, doch kann die Überschreitung eines Regelbetrages für Verschreibungen von der Kasse dem Arzt angelastet werden. Erste Regressforderungen für potentiell lebensrettende Therapieformen sind bekannt.

3.3.2 Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Ambulanzen und Polikliniken

Geht der Patient in eine Ambulanz oder Poliklinik, so kann diese Einrichtung unabhängig davon, wieviele Untersuchungen gemacht oder wie häufig der Patient im Quartal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat, nur einen Festbetrag pro Patient und Quartal mit der Krankenkasse abrechnen. Dieser Betrag liegt derzeit zwischen 65,— und 85,— DM . Die gesamte Versorgung, einschließlich der Fachkonsile sowie der apparativen- und Labordiagnostik, gilt als mit diesem Betrag abgegolten. Die Kosten der z. T. teueren Medikamente sind, wie bei der Behandlung durch niedergelassene Ärzte, in den Beträgen nicht enthalten.

Durch Sonderverträge zwischen Polikliniken und Krankenkassen können bei der Behandlung von HIV-Patienten, wie Frankfurt zeigt, auch Festbeträge von 360,— DM pro Person und Quartal abgerechnet werden. Jedoch ist auch dieser Betrag nicht annähernd kostendeckend; die wirklichen Kosten liegen um ein Vielfaches höher.

An einer Poliklinik betragen die Kosten allein für die Erstuntersuchung etwa 850,— DM, andere Schätzungen ergeben für das Quartal Kosten in Höhe von 500,— bzw. 1 500,— DM. Die über die Festbeträge hinausgehenden Kosten gehen in den den Universitäten angeschlossenen Polikliniken zu Lasten des Etats für Lehre und Forschung bzw. zu Lasten der Länder als Träger der Universitäten.

Genaue Analysen der Leistung und daraus resultierende Kosten fehlen bis jetzt weitgehend; sie liegen nur aus Frankfurt und aus einer norddeutschen Klinik vor. Die Fortschritte der Therapie und Diagnostik haben die Kosten in den letzten zwei Jahren erheblich ansteigen lassen. Zahlen aus den USA sind für Europa kaum zu verwenden.

3.3.3 Finanzierung stationärer Versorgung

Der stationäre Aufenthalt wird ebenfalls über einen Festbetrag, genannt Tagessatz, der von Klinik zu Klinik unterschiedlich ist und jedes Jahr neu festgesetzt wird, mit den Krankenkassen abgerechnet. Darin sind alle Leistungen wie Unterbringung, Verpflegung, Medikamente, ärztliche und pflegerische Versorgung sowie die gesamte Diagnostik enthalten. Er ist regional verschieden; an Krankenanstalten, die HIV-Infizierte behandeln, liegt er zwischen 350,— und 550,— DM pro Tag. Die Universitätsklinik Düsseldorf kann aufgrund eines Sondervertrages mit den Krankenkassen für ADIS-Patienten einen Pflegesatz von 920,— DM pro Tag abrechnen.

In der Tat liegen die Aufwendungen für stationäre AIDS-Patienten pro Tag um 800,— DM höher als der Tagessatz. Bei durchschnittlicher Aufenthaltsdauer von 66 Pflegetagen im letzten Jahr vor dem Tod betragen die Mehrkosten pro Patient 53 000,— DM.

3.3.4 Finanzierung ambulanter Krankenpflege

Für die ambulante Krankenpflege stehen Sozialstationen, AIDS-Hilfen und private Einrichtungen zur Verfügung. Auch hier erfolgt die Abrechnung der Krankenkassen über Festbeträge. Für die tägliche Grundpflege (Körperpflege) können etwa 15,— DM pro Tag, bei besonderer Notwendigkeit auch 2xtäglich, abgerechnet werden. Die Behandlungspflege hat für jede angeordnete Leistung, wie z. B. Injektion und Wundversorgung gesonderte Beträge. Dazu kommen Wegegebühren für Tag- oder Nachtbesuche und bei Bedarf auch die Abrechnung einer Tag- und/oder Nachtwache zwischen 60,— und 110,— DM hinzu. Diese Beträge schwanken je nach Region.

Auch hier tragen die darüber hinausgehenden Kosten die Träger der Einrichtungen, wie Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutschen Rotes Kreuz, AIDS-Hilfe usw.

3.3.5 Finanzierung psychosozialer Betreuung von Patienten und Angehörigen

Psychosoziale Betreuung ist je nach betreuender Institution kostenlos oder über einen Krankenschein abzurechnen. Dies gilt für Betroffene wie für Angehörige.

In den Beratungsstellen, wie AIDS-Hilfen oder in Trägerschaft der Kommunen oder freien Wohlfahrtsverbände, werden psychische und soziale Beratung und Hilfe kostenlos angeboten. Die Zuschüsse von Gemeinden, Ländern und Bund, derzeit auch im Rahmen von Modellförderungen, decken häufig nur die Personalkosten, nicht jedoch die Bereitstellung und Organisation von Hilfsangeboten sowie konkrete Hilfsmaßnahmen.

Treten psychische oder psychosomatische Beschwerden auf, die der Behandlung durch einen Psychiater oder Psychologen bedürfen, so kann diese über den Krankenschein abgerechnet werden, von Psychologen nur, wenn sie über die Kassenzulassung verfügen.

3.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung

In Zukunft werden eingehende Kenntnisse über die HIV-Infektion und AIDS im Schulunterricht gelehrt werden müssen. Von den Erwachsenen haben jedoch allenfalls die jüngsten Jahrgänge in der Schule etwas über AIDS gehört. Allen, die sich heute intensiv mit der HIV-Infektion befassen wollen, steht eine mittlerweile reichlich vorhandene Fachliteratur für Laien und Experten zur Verfügung. Gutes Wissen über HIV ist für alle Ärzte, alles medizinische Hilfspersonal und alle anderen Sozialberufe unerläßlich; deshalb gehören abgestufte Kenntnisse darüber in die Studienpläne der Ärzte und die Ausbildungspläne des Pflegepersonals und aller anderen Sozialberufe.

3.4.1 Medizinstudium, Weiterbildung der Ärzte

Im Lernzielkatalog für Medizinier und Zahnmediziner sollte die HIV-Infektion mit all ihren Voraussetzungen und Konsequenzen aufgeführt werden. Fragen zu AIDS werden seit 1984 entsprechend der Bedeutung der Krankheit in den schriftlichen und mündlichen Examina gestellt.

In den nächsten Jahren ist mit ständig zunehmenden Erkrankungszahlen zu rechnen; deshalb muß heute schon die Weiterbildung für Ärzte auf diesem Gebiet intensiviert werden. Derzeit ist davon auszugehen, daß weniger als 5 % aller Ärzte und weniger als 10 % der Allgemeinärzte fundierte Grundkenntnisse über HIV aufweisen. Im Augenblick zeichnet sich nicht ab, daß die ärztliche Weiterbildung mit der Ausbreitung der Krankheit, aber auch dem Fortschritt des Wissens über AIDS Schritt hält.

Die Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem aber Krankenhausträger, haben ihre einschlägige Verpflichtung noch nicht voll erkannt; Krankenanstalten, in denen in absehbarer Zeit mit großer Wahrscheinlichkeit demnächst AIDS-Kranke in größerer Zahl behandelt werden müssen, verfügen über keine Sachkenner. Die notwendige Labor- und Spezialdiagnostik ist noch nicht aufgebaut.

Der seit 1989 eingeführte Arzt im Praktikum (AiP) ist bislang noch kaum in die Versorgung von AIDS-Patienten eingeschaltet worden. Hier bietet sich die Möglichkeit, relativ rasch gut motivierte junge Ärzte in die schwierige Materie einzuarbeiten. Der Bedarf an jungen Assistenzärzten mit AIDS-Kenntnissen dürfte relativ groß sein. Ungeklärt ist freilich bislang noch die Finanzierung derartiger AiP-Stellen, die tunlichst außerhalb des üblichen Personaletats zur Verfügung gestellt werden sollten.

Noch immer ist nicht definiert, welche Kenntnisse Voraussetzung für die voll vergütete kassenärztliche Abrechnung der Versorgung von HIV-Patienten sind. Es ist weiterhin nicht geklärt, wie viele Jahre in der AIDS-Versorgung für die Facharztanerkennung angerechnet werden.

Auf Jahre hinaus wird das Wissen über die HIV-Infektion der Zunahme der Epidemie und dem Anstieg der Kenntnisse nachhängen. Mit einem System von telefonischen Konsiliardiensten läßt sich diese Lücke zumindest teilweise schließen. Ein einfacher Konsiliardienst an Gesundheitsämtern, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder Ärztekammern kann niedergelassene Ärzte in den meist relativ banalen Alltagsfragen beraten. Ein Konsiliardienst für klinisch tätige oder spezialisierte Ärzte setzt exzellente Kenner voraus; ein derartiger Konsiliardienst ist nur im Rahmen einer Schwerpunktklinik zu organisieren, wobei sich unterschiedlich lang eingearbeitete Ärzte in diesen Telefondienst teilen müßten. Voraussetzung ist freilich eine personelle Aufstockung entsprechender Schwerpunktkliniken.

Zur ärztlichen Weiterbildung dienen vor allem medizinische Fachzeitschriften und Lehrbücher. Auch für die HIV-Infektion nimmt die Bedeutung audio-visueller Medien, Diaserien, Lehrfilmen, Videokassetten oder Computerlehrprogramm zu. Ein Unterricht an

Patienten ist jedoch nur für eine ganz kleine Zahl von Personen möglich — praktisch nur im Rahmen einer Hospitation.

Beispielhaft für die Bemühungen um ärztliche Fortbildung seien hier zwei Modelle aufgeführt:

— Die Kassenärztliche Vereinigung in Hessen hat zur Sicherstellung der Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ein „Fortbildungs- und Begleitprogramm für niedergelassene Ärzte" entwikkelt. Dazu werden, in meist regelmäßigem Abstand, Seminare in allen ärztlichen Kreisvereinen durchgeführt. In Ergänzung hierzu wurde an vier Nachmittagen in der Woche ein ärztlicher telefonischer AIDS-Konsiliardienst für niedergelassene Ärzte angeboten. Dieser Konsiliardienst ist jedoch Anfang 1990 ausgelaufen.

— In Berlin, Frankfurt und Aachen haben sich Ärzte, die häufig HIV-Kranke behandeln, in „Arbeitskreisen" zusammengeschlossen, die eigene Weiterbildungsveranstaltungen organisieren und gleichzeitig für reibungslosen Transfer und Koordination in der Versorgung der Betroffenen sorgen.

3.4.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung von Krankenpflegepersonal

Die derzeitige Ausbildung des Krankenpflegepersonals ist eine ausreichende Grundlage für die Pflege von AIDS-Patienten. Die Besonderheiten der Pflege dieser Patienten entsprechen denen in der Weiterbildung von Krankenpflegepersonal für schwere Infektionskrankheiten einerseits sowie für Patienten mit tödlicher Prognose (junge Tumorpatienten) andererseits. HIV- bzw. AIDS-spezifische Besonderheiten der Pflege gibt es kaum. Allenfalls kann man auf AIDS-Stationen an eine Zusatzausbildung denken, doch ist zu erwarten, daß die zusätzlich Auszubildenden über mehr Erfahrung verfügen als die Ausbilder. Von „learning by doing" ist nicht allzu viel zu erwarten. Zusätzliche Pflegestellen müssen geschaffen werden; von weiteren Stellen für Ausbilder ist nichts zu erwarten.

3.4.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung der im sozialen und psychischen Bereich tätigen Personen

Alle im Umfeld von AIDS Tätigen sind erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Kenntnisse über Infektionswege, Prävention, Krankheitsablauf und Therapie helfen den medizinischen Laien mit eigenen und Ängsten der Klienten umzugehen. Die hierzu unerläßliche Information erfolgt jedoch nicht überall, sondern wird bei der Ausbildung von Mitarbeitern in Selbsthilfegruppen z. T. durch weltanschauliche und andere unwissenschaftliche Vorstellungen ersetzt. Deshalb sind im Rahmen aller verantwortlichen Organisationen die Berater der Selbsthilfeorganisationen, ganz besonders der AIDS-Hilfe, verpflichtet, sich auf die kommende Entwicklung vorzubereiten.

Zwei Modelle seien hier beispielhaft angeführt:

— Die im Rahmen der Modellprojekte tätigen 676 „AIDS-Fachkräfte" werden in der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München fortgebildet.

Der Lernzielkatalog umfaßt die Vermittlung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über AIDS, Strukturen des Gesundheitswesens, einschließlich der wichtigsten Rechts- und Verwaltungsvorschriften, Grundlagen der Mikrobiologie und Virologie von HIV, soziale Sicherung, Aufklärung über Maßnahmen die der Gesundheit dienen, Aufklärung über gesunde Ernährung sowie Konzepte psychosozialer Betreuung und Grundkenntnisse in die Pflege AIDS-Kranker. Es besteht jedoch die Frage nach der Kompetenz der Lehrer.

— In Berlin haben sich inzwischen 48 der 61 Sozialstationen zusammengeschlossen und den „Mobilen AIDS-Informations- und -Beratungsdienst ambulanter Dienste" ins Leben gerufen. Ein Team mit dem Ziel interdisziplinärer Weiterbildung bestehend aus einer Krankenschwester, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter und einer Ärztin als Teamleitung, hat unter der Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes am 1. Oktober 1987 seine Tätigkeit aufgenommen und bietet allen Sozialstationen, unabhängig von deren Trägern, Weiterbildung zum Thema HIV bzw. AIDS an. Sie kann Information, Fortbildung und Beratung der Mitarbeiter aus dem psychosozialen Bereich im Hinblick auf besondere pflegerische, psychische und soziale Probleme enthalten.

Es hat sich bisher nicht als zweckmäßig erwiesen, in die Weiterbildung von Laien ärztliche und medizinische Sachverhalte aufzunehmen. Information ist notwendig, jedoch nur wenn der Informierte in der Lage ist, diese zu verwerten.

Welche ärztlichen und medizinischen Sachinhalte in die Weiterbildung von Laien aufzunehmen sind, bedarf jeweils sorgfältiger Überlegung. Information ist notwendig, jedoch nur wenn sie so angeboten wird, daß der Informierte in der Lage ist, sie zu verwerten.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß auch eine umfassende Betreuung den HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken nicht von allen Ängsten und Nöten befreit, wie bei Patienten mit anderen chronischen, tödlich verlaufenden Krankheiten. Sein Schicksal muß der Mensch selber tragen.

Die einschlägige Weiterbildung muß sich an den gleichen Richtlinien orientieren wie bei Leukämien und Tumorerkrankungen junger Menschen mit schlechter Prognose. Vorliegende Erfahrungen aus solchen Bereichen zeigen, daß der Arzt noch die beste Chance einer Gesamtbetreuung hat. Für HIV wird deshalb auf Konzepte zur Gesamtbetreuung verzichtet und eine Weiterbildung auf den einzelnen Betreuungsgebieten, die zu mehr sachlicher Kompetenz führt, bevorzugt.

II. Auswertungen

Es ist nicht sinnvoll, bei einer langsam fortschreitenden Infektionskrankheit grundsätzliche Unterschiede in der Betreuung von symptomlos Infizierten, Leichtkranken oder Patienten mit den Endstadien zu konstruieren, denn die Ansprüche der Leidenden sind in den verschiedenen Stadien nur graduell, aber nicht prinzipiell verschieden.

Menschen mit AIDS sollen im Arbeitsleben bleiben, solange sie arbeitsfähig sind.

Die Gesamtbetreuung chronisch Kranker ist zuvorderst eine ärztliche Aufgabe. Dieses gilt besonders für ein derartig kompliziertes Krankheitsbild wie AIDS.

Aufwendige apparative, bakteriologische und serologische Untersuchungen belasten erheblich die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte, so daß derzeit diese Untersuchungen in der Regel in Ambulanzen, Polikliniken oder bei stationärer Diagnostik bzw. Behandlung erfolgen müssen, deren Haushalte indes ebenfalls und zuungunsten anderer Kranker heute bereits überlastet sind.

Die kausale Therapie der HIV-Infektion beschränkt sich derzeit auf eine Behandlung mit AZT (Zidovudin). Eine Lebensverlängerung und eine Verbesserung der Lebensqualität durch diese Behandlung sind nachgewiesen.

Der HIV-Infizierte kann durch sorfältig bedachte Lebensweise (verantwortlicher Lebenswandel, Reiseplanungen) die Risiken oppotunistischer Infektionen minimieren und seine Lebenserwartung verbessern.

Leider verzögert sich manchmal die optimale Therapie in lebensgefährlicher Weise wegen der verspäteten Überweisung an einschlägig erfahrene Ärzte bzw. Kliniken.

Am Beispiel der Versorgung AIDS-Kranker wird deutlich, wie rückständig und lückenhaft das Netz von Angeboten zur ambulanten Pflege, ganz besonders auch im ländlichen Raum, in der Bundesrepublik Deutschland, ist.

Pflegeplätze werden für AIDS-Patienten benötigt, bei denen nicht mehr die Erkrankung, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Dieses gilt besonders für Patienten mit einer fortgeschrittenen Enzephalopathie.

Veränderungen im Wesen und Verhalten des Patienten können so langsam verlaufen, daß sie von ihm und seiner Umgebung spät bemerkt werden.

Gesetzliche Ansprüche, z. B. die auf Pflegegeld oder den Schwerbehindertenausweis, werden oft erst nach langen Wartezeiten gewährt, daß der Antragsteller keinen Nutzen mehr davon hat. Psychosoziale Beratung und Betreuung müssen auch hier helfen.

Nicht selten ist das Krankenhaus der einzige Ort, an dem der Patient ausreichende menschliche Zuwendung erfährt. Dieses kann jedoch zur überhöhten Fixierung eines Patienten auf die Klinik führen.

Insgesamt erfordert eine umfassende medizinische Versorgung von AIDS-Patienten einen erheblichen apparativen Aufwand und gute Kenntnisse der Spezialdiagnostik. Die z. T. noch fehlenden Apparate lassen sich beschaffen. Die hierfür notwendigen eingearbeiteten Spezialisten sind heute nur in ungenügender Anzahl vorhanden.

Neben den ärztlichen Aufgaben kann auch die Notwendigkeit intensiver pflegerischer Betreuung Grund zur stationären Behandlung sein. Das gilt auch für den Bedarf einer breiten menschlichen Zuwendung. Dies erhöht den zeitlichen und personellen Aufwand ganz besonders, wird aber von den Stellenplänen nicht berücksichtigt, so daß entweder das Pflegepersonal überlastet wird oder die anderen Patienten zu kurz kommen; meist ist beides der Fall.

Zum Teil resultiert bei den Pflegekräften aus der hohen körperlichen und psychischen Belastung bei gleichzeitig schlechter Bezahlung für eine verantwortungsvolle Tätigkeit eine erhebliche Berufsunzufriedenheit. Dieses führt immer wieder zum Abwandern der guten Pflegekräfte von AIDS-Stationen oder Stationen mit einen hohen Anteil AIDS-Kranker.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) hat für die Beratung und Betreuung Betroffener verschiedene Modellprojekte ausgeschrieben.

Die finanzielle Misere, speziell durch die auslaufende Finanzierung, macht allen Modellprojekten zu schaffen.

Gutes Wissen über HIV ist für alle Ärzte, alles medizinische Hilfspersonal und alle anderen Sozialberufe unerläßlich; deshalb gehören abgestufte Kenntnisse der HIV-Infektion in die Studienpläne der Ärzte und die Ausbildungspläne aller einschlägigen Sozialberufe.

Die derzeitige Ausbildung des Krankenpflegepersonals ist eine ausreichende Grundlage für die Pflege von AIDS-Patienten.

Alle im Umfeld von AIDS Tätigen sind erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Kenntnisse über Infektionswege, Prävention, Krankheitsverlauf und Therapie helfen den medizinischen Laien mit eigenen und Ängsten der Klienten umzugehen.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder hinzuwirken sowie entsprechende Anregungen an die betreffenden Organisationen, Institutionen und Verbände weiterzuleiten,

3.5.1

im Hinblick auf die bekannte Mindestzahl HIV-Infizierter (derzeit über 36 000) Kapazitätsplanungen für die zu erwartenden Zahlen der klinisch Kranken (Vollbild AIDS) zu erstellen und umgehend organisatorische und bauliche Voraussetzungen für diese vorauszuberechnenden Krankenzahlen zu schaffen;

3.5.2

die Bettenbedarfsplanung der Länder auf die zu erwartenden Zahlen von AIDS-Patienten abzustellen und die Errichtung von Stationen, die für die Behandlung von HIV-Kranken geeignet sind, zu fördern;

3.5.3

die notwendigen Vorkehrungen bzw. Einrichtungen für eine vollwertige ambulante Behandlung von AIDS-Patienten zu treffen. Hierzu gehört auch die Schaffung geeigneter baulicher Voraussetzungen;

3.5.4

im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung von HIV-infizierten Patienten für eine angemessene Vermehrung der Stellen für Ärzte, Pflegepersonal, Sprechstundenhilfen und Laborpersonal Sorge zu tragen. Dies gilt besonders für die Ballungszentren der Bundesrepublik Deutschland, in denen in absehbarer Zeit die Zahl der Kranken stark ansteigen wird;

3.5.5

für an AIDS erkrankte Personen, die ihren Alltag nicht mehr eigenständig bewältigen können, wie auch für andere chronisch Kranke mit begrenzter Lebenerwartung in ausreichendem Umfang professionell betreute Wohngemeinschaften zu schaffen. Auch für drogenabhängige AIDS-Kranke besteht ein Bedarf an Einrichtungen, die eine komplette ärztliche Betreuung ermöglichen;

3.5.6

bei den Modellprojekten der Bundesregierung im Bereich der ambulanten und stationären Krankenpflege auch die weitere notwendige Finanzierung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen sicherzustellen;

3.5.7

geeignete Formen einer ambulanten und stationären Versorgung von AIDS-Patienten auch außerhalb von Ballungszentren zu schaffen;

3.5.8

nachdrücklich darauf hinzuwirken, daß Pflegekapazitäten für Patienten (z. B. mit Enzephalopathie) geschaffen werden, bei denen keine Behandlungsmöglichkeiten mehr bestehen, sondern die Pflege im Vordergrund steht. Hier besteht räumlicher wie personelle Bedarf;

3.5.9

generell dafür zu sorgen, daß die ärztliche und pflegerische Versorgung HIV-Infizierter bzw. AIDS-Kranker nicht hinter der anderer Kranker mit langdauernden unheilbaren Leiden zurückbleibt, vielmehr die HIV-Infektion und ihr Endstadium AIDS zum Anlaß zu nehmen, die ärztliche Versorgung aller chronisch Kranken und Pflegebedürftigen nachhaltig zu verbessern;

3.5.10

AIDS-Schwerpunktenpraxen bzw. AIDS-Ambulanzen abrechnungstechnisch onkologischen Einheiten gleichzustellen;

3.5.11

die Organisationsabläufe in Krankenhäusern flexibler zu gestalten, damit auf die besondere Situation der AIDS-Kranken Rücksicht genommen werden kann. Flexiblere Besuchszeiten, Rooming-in bei Schwerstkranken und die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen sollten soweit wie möglich gewährleistet werden;

3.5.12

dem Pflegepersonal auf vornehmlich mit AIDS-Patienten belegten Stationen und in AIDS-Ambulanzen für ihre psychisch belastende und nicht völlig risikofreie Tätigkeit besondere Vergünstigungen zu gewähren (Infektionszuschläge, Zusatzurlaub und anderes);

3.5.13

den Stellenschlüssel auf vornehmlich mit AIDS-Patienten belegten Stationen entsprechend der Arbeitsbelastung zu erhöhen;

3.5.14

besondere Regelungen für die sehr schwierige Gruppe der nicht entzogenen Drogenabhängigen zu treffen;

3.5.15

bei den Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch sonstigen Ärzteorganisationen darauf hinzuwirken, daß Vorbereitungen für die auf sie zukommenden Aufgaben umgehend getroffen werden;

3.5.16

den Aufbau eines abgestuften medizinischen Konsiliardienstes zu fördern;

3.5.17

dafür Sorge zu tragen, daß das Wissen über die HIV-Infektion in die Ausbildungskataloge aller Medizinalberufe, aber auch aller Sozialberufe in geeigneter Weise aufgenommen wird. Hierzu müssen schnellstens Fortbildungsveranstaltungen eingerichtet werden;

3.5.18

Ärzten in der Weiterbildung, die an der klinischen Versorgung AIDS-Kranker beteiligt sind, diese Tätigkeit in angemessenem Umfang auf ihre Facharztausbildung anzurechnen;

3.5.19

dafür Sorge zu tragen, daß die erhebliche menschliche Belastung von Ärzten und Pflegepersonal bei ihrer schweren Tätigkeit mit AIDS-Patienten und anderen chronisch Kranken mit schlechter Prognose durch geeignete Unterstützung, z. B. eine Supervision durch einen erfahrenen Psychologen oder regelmäßige Kontakte mit einem Seelsorger, erträglich gemacht wird;

3.5.20

für optimale medizinische Versorgung von AIDS-Kranken, den Patienten nicht nur die derzeit bestmöglichen ärztlichen Leistungen zu gewähren, sondern auch für eine integrierte soziale und psychische Betreuung je nach Lage des Einzelfalles zu sorgen.

4. Kapitel: AIDS bei Kindern

Einleitung

Die HIV-Infektion bei Kindern unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht von der HIV-Infektion bei Erwachsenen. Unterschiede gibt es schon bei den Übertragungswegen der Infektion, erfolgt doch die kindliche HIV-Infektion in den meisten Fällen durch die Übertragung des Virus von der infizierten Mutter auf das ungeborene Kind.

Zu Beginn der Epidemie waren fast ausschließlich Kinder betroffen, die als Therapie ihrer Hämophilie Faktorenkonzentrate erhielten. Diese Betroffenen sind inzwischen herangewachsen und fallen damit nicht mehr unter die Kinder bis zum 12. Lebensjahr.

Im Gegensatz zu Erwachsenen bereitet die Diagnostik der Infektion bei Kindern noch erhebliche Schwierigkeiten. So ist ein sicherer Ausschluß oder die Bestätigung des Verdachtes einer Infektion des Neugeborenen in der Regel erst ab dem 15. Lebensmonat möglich.

Wesentliche Unterschiede bestehen ferner im Verlauf und in der Symptomatik der Erkrankung. Zu den medizinischen Besonderheiten der kindlichen HIV-Infektion treten häufig kinderspezifische Probleme im psychosozialen Bereich hinzu. Diese betreffen im wesentlichen die Unterbringung und Versorgung der infizierten Kinder in Pflegefamilien, da die Mütter, die in der Regel selbst infiziert oder bereits erkrankt sind, mit der Betreuung des eigenen Kindes nicht selten überfordert sind.

Dazu kommen, neben finanziellen Schwierigkeiten, Probleme der Integration HIV-infizierter Kinder in öffentlichen Institutionen wie Kindergärten und Schulen.

I. Bestandsaufnahme

4.1 Besonderheiten der medizinischen Probleme beim Kind

4.1.1 Die epidemiologische Situation in der Bundesrepublik Deutschland

Bis zum 31. Dezember 1989 wurden dem AIDS-Fallregister des Bundesgesundheitsamtes, 38 Fälle von AIDS-Erkrankungen bei Kindern unter 13 Jahren gemeldet.

Die Aufgliederung nach Infektionswegen ergibt:

— 27 Kinder: prä- bzw. perinatale Infektionen

— 4 Kinder: virushaltige Faktorkonzentrate

— 7 Kinder: virushaltige Bluttansfusion.

Die Mütter der prä- oder perinatal infizierten Kinder stammen aus folgenden Risikogruppen:

— in 17 Fällen war die Mutter i.v.-drogenabhängig,

— in 5 Fällen hatten sich die Mütter über heterosexuelle Kontakte mit i.v.-drogenabhängigen Männern infiziert,

— in 1 Fall war die Mutter über virushaltige Bluttransfusionen infiziert worden und

— in 4 Fällen war das Infektionsrisiko der Mutter dem Fallregister nicht bekannt.

Von den 38 AIDS-erkrankten Kindern sind 25 Jungen und 13 Mädchen.

Bis zum 31. Dezember 1989 waren beim Bundesgesundheitsamt aufgrund der *Larborberichtspflicht* 749 HIV-seropositive Befunde bei Kindern bis zum Alter von 14 Jahren gemeldet worden. Bei 244 Fällen wird als Infektionsweg prä- bzw. perinatale Infektion angegeben. Zu beachten ist, daß die diaplazentar erworbenen mütterlichen Antikörper bis zu 15 Monaten oder länger nachweisbar bleiben; d. h. der Nachweis von HIV-Antikörpern bedeutet nicht in jedem Fall, daß tatsächlich eine Infektion des untersuchten Kindes vorliegt. Bei den gemeldeten HIV-Infektionen ist die Zahl der Doppelmeldungen nicht bekannt.

Diese Zahlen lassen keinen Rückschluß auf die Zahl der insgesamt infizierten Kinder zu, da sich Doppelmeldungen nicht ausschließen lassen.

4.1.2 Übertragungswege und -bedingungen

4.1.2.1 Mutter-Kind-Übertragung (vertikale Übertragung)

Die diaplazentare Übertragung der HIV-Infektion von der Mutter auf das ungeborene Kind gilt als gesichert. Das Virus bzw. typische histologische Veränderungen lassen sich ggf. durch histologische Untersuchungen der Plazenta nachweisen. HIV wird oft schon in der Frühphase der Schwangerschaft übertragen. Eine Infektion während der Geburt erscheint möglich, ist aber weniger wahrscheinlich. Die Zahl der von der Mutter infizierten Kinder nimmt relativ langsam, aber stetig zu. Da auch Muttermilch HIV enthalten kann, ist ferner die Möglichkeit einer Infektion des Kindes beim Stillen nicht völlig ausgeschlossen. Bei den Müttern läßt sich anamnestisch in den meisten Fällen einer der Hauptansteckungswege ausfindig machen. Hauptrisikofaktoren sind der intravenöse Drogenge-

brauch bzw. Sexualkontakte mit drogensüchtigen Männern.

4.1.2.2 Blut und Blutprodukte

In den ersten Jahren nach Auftreten von AIDS waren die meisten Fälle kindlicher HIV-Infektionen auf die Übertragung des Virus durch Blut und Blutprodukte zurückzuführen. Diese Übertragungswege sind inzwischen weitgehend unterbunden. Bevor es gesetzliche Regelungen gab, die HIV-Infektion über Blut und Blutprodukte auszuschließen, waren HIV-infizierte Kinder mit Hämophilie das größte Kollektiv in der Gruppe HIV-infizierter Kinder.

4.1.2.3 Horizontale Übertragung durch soziale Kontakte, Infektiosität

Die Möglichkeit einer horizontalen Übertragung des Virus durch soziale Kontakte scheint bisher ausgeschlossen. Bei dem weltweit einzigen Fall, der auf Übertragung durch Sozialkontakt hindeutete, konnte bisher kein eindeutiger Beweis für die horizontale Übertragung erbracht werden. Allerdings konnte auch nicht geklärt werden, wie es zu der Infektion gekommen ist. Das Risiko einer horizontalen Übertragung ist somit nach den bisherigen Erfahrungen äußerst gering.

4.1.2.4 Kofaktoren

Welche Kofaktoren den Ausbruch der kindlichen HIV-Krankheit beschleunigen können, ist nicht bekannt. Über die Rolle von Kinderkankheiten oder Impfungen als Kofaktoren kann derzeit nur spekuliert werden. Es ist nicht nachgewiesen, daß Kinderkrankheiten bei HIV-infizierten Kindern, die immunologisch gesund sind, einen beschleunigenden Effekt auf den Verlauf der Krankheit haben.

4.1.3 Transmissionsrate

Wie häufig die Infektion von einer HIV-positiven Schwangeren auf das Kind übertragen wird, ist nicht genau bekannt. Wegen der Schwierigkeiten bei frühzeitiger Diagnostik müssen Neugeborene HIV-positiver Mütter über lange Zeit beobachtet werden. Es hat sich herausgestellt, daß i. d. R. nach 15 Monaten 20—40% der Kinder eigene Antikörper entwickeln und deshalb als infiziert anzusehen sind.

4.1.4 Besonderheiten in der Diagnostik, die seronegative HIV-Infektion

Neugeborene von HIV-infizierten Müttern sind häufig untergewichtig. Sie sind nach der Geburt in jedem Falle HIV-Antikörper-positiv. Es kann aber erst im weiteren Verlauf festgestellt werden, ob diese Antikörper passiv von der Mutter übertragen wurden, sogenannte Leihtiter, oder ob sie selbst gebildet werden und damit Ausdruck der tatsächlichen Infektion mit HIV sind. Die Kinder werden deshalb so lange als HIV-exponiert bezeichnet, bis ihre HIV-Infektion sicher nachgewiesen oder ausgeschlossen werden kann.

Bis heute gibt es keine einfache Methode, die zuverlässig und früh den Nachweis der HIV-Infektion bei intrauterin exponierten Kindern erlaubt. Dies ist eine der wesentlichsten Ursachen für die Probleme und Schwierigkeiten bei der ärztlichen Betreuung und Versorgung dieser Kinder. Der früheste sichere Nachweis einer Infektion des Kindes ist der Nachweis von Virusantigen bzw. Virusanzucht aus dem Nabelschnurblut. Der Nachweis HIV-spezifischer IgG-Antikörper ist bei Neugeborenen HIV-infizierter Mütter wegen des passiven Transfers mütterlicher Antikörper auf das Kind bis zum 15. Lebensmonat nicht verwendbar. Daher müssen kompliziertere direkte Virusnachweisverfahren wie Virusanzucht, Virusantigennachweis oder Nachweis im Genom eingesetzt werden. Es hat sich gezeigt, daß bei allen Methoden mit falsch negativen und falsch positiven Ergebnissen zu rechnen ist. Zur Zeit wird die Polymerase chain reaction (PCR) als Nachweismethode der Wahl favorisiert. Noch ist diese störanfällige Methode jedoch nicht etabliert, ihre Zuverlässigkeit bleibt abzuwarten. Aus diesen Gründen ist es in der Regel bei Neugeborenen und jungen Säuglingen nicht möglich, früh zu entscheiden, ob sie infiziert sind oder nicht.

Die derzeit üblichen Verfahren zum Nachweis einer HIV-Infektion bei Kindern infizierter Mütter sind unbefriedigend. Die Bestimmung des Immunglobulins G ist nur zum Zwecke der Verlaufsbeobachtung sinnvoll. Dabei erweist sich jedes Neugeborene zunächst als positiv, weil es mütterliche Antikörper besitzt und diese auch bis über den 15. Lebensmonat hinaus behalten kann. Auch wenn das Kind nach dem Verschwinden des mütterlichen Immunglobulins seronegativ ist, schließt das eine Infektion nicht aus. Prinzipiell gilt das auch für die aufwendige Bestimmung des Immunglobulins M. Der direkte Nachweis des viralen Kernproteins p24 im Serum ist nur für die Frühphase der Infektion geeignet. Es empfiehlt sich, ihn bei einem seronegativen Antikörperbefund einzusetzen. Allerdings können mütterliche Antikörper das Testergebnis beeinträchtigen. Die Virusanzucht und der genaue Nachweis über in-situ-Hybridisierung sind abhängig von der Lymphozytenzahl im kindlichen Blut und bei negativem Befund nicht aussagekräftig. Daher ist die jahrelange Beobachtung der seronegativen Kinder HIV-infizierter Mütter erforderlich, wobei die gesamte Palette serologischer und virologischer Diagnostik parallel anzuwenden ist.

Die Diagnostik wird darüber hinaus durch eine weitere pädiatrische Besonderheit erschwert, nämlich die seronegative HIV-Infektion. Dabei gelingt es nicht, die HIV-spezifischen Antikörper nachzuweisen. Ein negativer HIV-Antikörpertest schließt beim HIV-exponierten Kind eine Infektion daher nicht aus. Unklar ist, wie dieser Befund zustande kommt. Da seronegative, d. h. HIV-Antikörper-negative Kinder mit direktem Virusnachweis oft klinisch und immunologisch gesund sind, erscheint es möglich, daß sie gegenüber HIV immuntolerant sind. Dagegen spricht allerdings,

daß ganz vereinzelt Kinder nach einer Phase der Seronegativität erneut seropositiv werden. Der Zeitraum, über den eine seronegative HIV-Infektion beim Kind andauern kann, ist derzeit nicht bekannt. Anzunehmen sind Zeiträume bis zu mehreren Jahren, möglicherweise lebenslang.

Die HIV-Infektion eines Kindes läßt sich, solange es keinen zuverlässigen Test für den Nachweis der HIV-Infektion gibt, nur feststellen, indem das Kind klinisch, immunologisch und virologisch für längere Zeit in bestimmten Abständen beobachtet wird.

4.1.5 Krankheitssymptomatik

Aus prospektiven und retrospektiven Beobachtungen ist der natürliche Verlauf der HIV-Infektion bei Kindern infizierter Mütter gut bekannt. Die aus der Literatur bekannten Symptome sind jedoch keine Frühsymptome, sondern späte, die nicht charakteristisch für den Beginn der HIV-Manifestation sind. Die bisherigen Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland zur Krankheitssymptomatik sind vergleichsweise gering.

4.1.5.1 Das Krankheitsbild der manifesten HIV-Infektion

Das Krankheitsbild bei Kindern unterscheidet sich deutlich vom klinischen Krankheitsbild bei Erwachsenen. Bei Kindern sind es nur selten opportunistische Infektionen, die den Beginn der HIV-assoziierten Symptomatik darstellen; meist liegen andere Symptome wie Gedeihstörungen, neurologische Beteiligung, lymphoide interstitielle Pneumonitis und Verlust schon erworbener Fähigkeiten vor, die den Beginn des Vollbildes ankündigen. Tumore sind beim Kind selten.

Eine pädiatrische Besonderheit ist die Schwellung der Speicheldrüsen. Eine in anderen Ländern beschriebene HIV-Embryopathie, eine vorgeburtliche Schädigung des Kindes durch HIV, wurde in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht beobachtet und wird eher als Alkohol- oder Drogenembryopathie gedeutet.

4.1.5.2 Besonderheiten des Verlaufs, Krankheitsdauer

Derzeit ist die Frage nach dem Zeitpunkt der Manifestation der HIV-Infektion für den Einzelfall nicht voraussagbar. Retrospektive Studien zeigen, daß die Symptome schon nach wenigen Monaten, aber auch erst nach mehreren Jahren auftreten können. Prospektive Studien weisen jedoch darauf hin, daß die Mehrzahl der infizierten Kinder bereits im ersten Lebensjahr symptomatisch wird.

Da die Beobachtungszeiten bisher relativ kurz sind, lassen sich nur bedingt zuverlässige Aussagen über den Verlauf und eine mittlere Krankheitsdauer treffen. Einzelbeobachtungen an Erkrankten haben gezeigt, daß selbst über einen Zeitraum von Jahren keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Mit dem jetzigen Wissensstand ist es nicht möglich, zu sagen, ob alle Kinder krank werden. In Einzelfällen sind infizierte Kinder über mehrere Jahre nicht erkrankt; es gibt also auch im Kindesalter symptomlos Infizierte.

4.1.6 Impfungen HIV-positiver Kinder

Bei der Empfehlung einer Impfung muß abgewogen werden zwischen der Dringlichkeit des Schutzes vor einer bestimmten Krankheit, dem zu erwartenden Impferfolg und den Risiken der mit der Impfung verbundenen Stimulation des Immunsystems. Die WHO hat ihre Impfempfehlungen vorwiegend für die Dritte Welt gegeben. Da alle diese Empfehlungen entsprechend dem Personenkreis und den Lebensbedingungen der Länder, für die sie maßgebend und gedacht sind, erlassen wurden, hat die Bundesärztekammer mit den zuständigen Stellen in der Bundesrepublik Deutschland einen eigenen Impfplan herausgegeben.

Alle Impfstoffe haben das Risiko einer ungenügenden Immunantwort; es besteht die Möglichkeit, daß trotz Impfung kein Schutz vor der Infektion zustande kommt. Dieses gilt gleichermaßen für Lebend- wie für Totimpfungen. Alle Lebendimpfungen können für ein immundefektes Kind insofern eine Gefahr darstellen, als abgemilderte lebende Viren oder Bakterien bei der Impfung übertragen werden und, statt zu schützen, eine Krankheit hervorrufen.

— Die Impfung gegen Tuberkulose (BCG), die normalerweise in den ersten Lebenstagen durchgeführt werden sollte, ist eine Lebendimpfung. Sie ist für HIV-exponierte Neugeborene problematisch, da Generalisierung und lokale Abszedierung vorkommen können. Sie wird ohnehin z. Z. in der Bundesrepublik Deutschland und in vergleichbaren europäischen Ländern mit niedriger Tuberkuloseinzidenz nicht mehr generell empfohlen.

  Für Gebiete mit hoher Tuberkuloseinzidenz gilt diese Empfehlung nicht. Dort muß die Gefahr für ein Neugeborenes, ungeimpft an Tuberkulose zu erkranken, abgewogen werden gegen die Möglichkeit, wegen der Koinfektion mit HIV die Impfung nicht zu tolerien. Die WHO sieht in diesen Ländern die BCG-Impfung Neugeborener unter Inkaufnahme dieser Impfzwischenfälle vor.

— Auch die Poliomyelitisschluckimpfung ist eine Lebendimpfung. Es gibt jedoch die Möglichkeit, auf die für HIV-infizierte Kinder praktisch gefahrlose inaktivierte Impfung nach Salk auszuweichen.

— Die Diphtherie-Tetanus-Impfung kombiniert mit der Pertussis-Impfung (Keuchhusten) ist eine inaktivierte Impfung. Bei der Pertussis-Impfung wird in der Bundesrepublik Deutschland diskutiert, ob sie das Immunsystem zu sehr beeinflußt und deswegen unterlassen werden sollte. In den USA wird gegen Pertussis geimpft.

— Am meisten diskutiert ist die Frage der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (Lebendimpfung). Hier zeigen die Erfahrungen der WHO in der Dritten Welt, daß die Folgen der Maserner-

krankung schwerer sind als die Schäden von Zwischenfällen bei der Masernimpfung. Es muß daher im Einzelfall entschieden werden, ob eine Impfung durchgeführt werden soll oder nicht. Nicht geimpfte Kinder sollten eine Expositionsprophylaxe mit Immunglobulinen erhalten.

— Bei der Lebendimpfung gegen Varizellen (Windpocken) ist zu bedenken, daß diese Impfung den HIV-infizierten Säugling gefährdet und daß die Antikörperbildung unzureichend sein kann und damit möglicherweise zu nicht schützenden Titern führt. Diese Impfung sollte daher unterbleiben.

4.1.7 Therapiemöglichkeiten

4.1.7.1 Infektionsprophylaxe mit Immunglobulinen

Ab dem Zeitpunkt, ab dem bei den betroffenen Kindern nennenswerte Störungen der Antikörpersynthese (d. h. ein Immundefekt) auftreten, werden Immunglobuline (Antikörper zur Abwehr von körperfremden Stoffen) in regelmäßigen Abständen intravenös appliziert. Dadurch läßt sich der weitere Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Durch intravenöse Applikation von bestimmten Immunglobulinen sind Kinder mit geschwächtem Immunsystem gegen zusätzliche Infektionen möglicherweise geschützt. Gleichzeitig besteht ein passiver Schutz gegen einige Kinderkrankheiten.

4.1.7.2 Spezifische Therapie

Bei schwerkranken Kindern wird derzeit im Rahmen von klinischen Studien Azidothymidin (AZT) eingesetzt. Publizierte Studien, daß AZT den Verlauf der HIV-Infektion beim Kind positiv beeinflußt, liegen noch nicht vor; es gibt bislang nur einzelne Beobachtungen über positive Effekte. Die Ergebnisse von laufenden Studien sind abzuwarten. Ob sich verwandte Nukleoside allein oder in Kombination mit AZT zur Behandlung eignen, wird derzeit geprüft. Eine Studie mit DDI bei Kindern ist in den USA angelaufen.

Weitere Substanzen werden in der Bundesrepublik Deutschland bei Kindern zur Zeit nicht geprüft; es ist aber mit weiteren Substanzen aus dem Ausland zu rechnen. Die Strategie der klinischen Behandlung ist darauf ausgerichtet, Sekundärinfektionen frühzeitig zu diagnostizieren.

4.2 Der HIV-Antikörpertest

4.2.1 Der HIV-Antikörpertest aus medizinischer Sicht

Um frühzeitig prophylaktisch und therapeutisch tätig werden zu können, ist es aus medizinischer Sicht sinnvoll, daß der Serostatus HIV-infizierter[1]) Kinder bekannt ist. Bei der Schwangerschaftsvorsorge soll auch der Gesichtspunkt eines möglichen HIV-Risikos einbezogen werden. Die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien)" vom 3. Juli 1987 empfehlen den HIV-Antikörpertest „gegebenenfalls und möglichst frühzeitig auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren" über „die Risiken einer HIV-Infektion". Außerdem schreiben die Richtlinien vor, daß „die AIDS-Beratung und die sich gegebenenfalls anschließende HIV-Untersuchung im Mutterpaß nicht dokumentiert" werden sollen.

Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß der HIV-Antikörpertest grundsätzlich bei allen Schwangeren möglichst frühzeitig durchgeführt werden sollte.

4.2.2 Die psychosoziale Problematik des HIV-Antikörpertests

Das Wissen, daß ein Kind HIV-positiv ist, kann zu erheblichen Problemen in nahezu allen Lebensbereichen führen. Im persönlichen Bereich erleben betroffene Kinder sowie ihre Eltern und Betreuer nicht selten eine soziale Isolierung. So ist es nicht ungewöhnlich, daß sich Nachbarn und Freunde zurückziehen. Kinder dürfen nicht mehr mit dem infizierten Kind spielen.

Hinzu kommen weitere soziale Probleme aufgrund der HIV-Infektion. Diese werden unter Umständen verstärkt durch zögerndes Handeln von Ämtern und Behörden, was wiederum auf nicht vorhandenen Erfahrungen, diffusen Ängsten und fehlenden administrativen Regelungen beruht.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus dem Rückschluß vom positiven Testergebnis eines Kindes auf die Infektion der Mutter. Daraus ergeben sich Überlegungen, wie mit dem HIV-Antikörpertest zum Beispiel im Bereich der Jugendhilfe, bei Ämtern und Behörden umzugehen sei.

Es wird berichtet, daß immer wieder Anordnungen von Jugend- und Gesundheitsämtern erlassen werden, den HIV-Antikörpertest nicht nur im Einzelfall, sondern auch dann anzuwenden, wenn zum Beispiel Kinder in einem Heim oder in einer Pflegefamilie untergebracht werden sollen oder wenn sich Erwachsene um die Aufnahme eines Adoptiv- oder Pflegekindes bewerben.

Von seiten mancher Ämter wird als Argument für einen Test neben dem medizinischen Nutzen das Wissen um ein Ansteckungsrisiko genannt, das von einem infizierten Kind ausgehen könnte. Ein positiver Aspekt des HIV-Antikörpertests wird darin gesehen, daß Betreuungspersonen oder Pflegeeltern in regelmäßigen Abständen Sicherheit darüber gewinnen können, ob bei besonderen Ereignissen wie zum Beispiel einem Biß eine Infektion stattgefunden hat oder nicht. Dem wird entgegengehalten, daß aus dem Wissen um eine HIV-Infektion und dem möglichen Eintritt eines frühzeitigen Todes soziale Belastungen so-

[1]) Zur eingeschränkten Aussagekraft des HIV-Antikörpertests bei Neugeborenen und Kleinkindern siehe unter Punkt 4.1.4 dieses Kapitels

wohl beim Kind als auch bei seinen Bezugspersonen entstehen können.

Angesichts der mit dem HIV-Antikörpertest verbundenen erheblichen psychosozialen Probleme wird die Auffassung vertreten, daß ein HIV-Antikörpertest im Bereich der Jugendhilfe und im behördlichen Umgang im allgemeinen nicht notwendig ist, in Einzelfällen aber wünschenswert sein kann.

Wegen der medizinisch notwendigen Betreuung ist der HIV-Antikörpertest, um schwere Schäden vom Kind abzuwenden, trotz der psychosozialen Problematik medizinisch indiziert, wenn Anhaltspunkte für eine HIV-Infektion des Kindes vorliegen. Darüber hinaus haben Pflegeeltern generell ein Recht auf Kenntnis des Gesundheitszustandes des Kindes.

4.3 Psychosoziale Probleme

4.3.1 Mutter- und Familienproblematik

4.3.1.1 Hämophile Kinder

Wegen der Grunderkrankung (z. B. Hämophilie) der Kinder sind die Familien, besonders die Mütter, erheblich belastet. Diese Grunderkrankungen der Betroffenen sind in der Regel sozialrechtlich anerkannt, so daß Hilfeleistungen deswegen in Anspruch genommen werden können, ohne die HIV-Infektion bekanntgeben zu müssen.

Schon die Grunderkrankung erfordert von den Betroffenen besonders hohe Anpassungsleistungen im Alltag. Sonderrollen bestimmen die Lage unter den Altersgenossen. Im Verlauf ihres Lebens müssen die Kinder mit eingreifenden medizinischen Maßnahmen und Verhaltensregeln leben, die ihre körperliche und seelische Verfassung immer wieder beeinträchtigen. Die Einschränkungen und Entwicklungsbarrieren werden durch die hinzugetretene HIV-Infektion oder -Erkrankung um ein vielfaches verstärkt.

Die notwendige Ablösung Jugendlicher von ihrem Elternhaus und die Entwicklung der sexuellen Identität werden durch die HIV-Infektion zusätzlich erschwert. Mit der Bekanntgabe ihrer Infektion befürchten die Betroffenen und ihre Familien Stigmatisierung, soziale Isolierung, staatliche Kontrolle mit dem Verlust des Selbstbestimmungsrechts und existentielle Gefährdung. Ein wesentlicher Teil ihres Lebens wird verschwiegen. Dies kann bei Jugendlichen mit der Absicht kollidieren, ihre Sexualpartner vor einem Infektionsrisiko zu schützen.

Ähnliche Befürchtungen bezüglich Stigmatisierung, Isolation und staatlicher Kontrolle, hier besonders vor Eingriffen in das Sorgerecht der Kinder, schildern auch Eltern von vertikal exponierten und infizierten Kinder.

4.3.1.2 Kinder mit vertikaler Infektion

Infizierte und erkrankte Erwachsene begegnen häufig dem Vorwurf des Selbstverschuldens. Müttern HIV-infizierter Kinder wird die Infektion des Kindes oft persönlich angelastet und das Austragen der Schwangerschaft mit Unverständnis quittiert. Interessenverbände, wie sie für andere chronisch Kranke existieren, haben diese Betroffenen nicht.

Die Eltern sind meist sehr jung und häufig im Aufbau einer Familie im Anschluß an eine Drogenkarriere begriffen oder noch drogenabhängig. An das Kind und die Familie knüpft sich für sie der Wunsch nach einem drogenfreien Leben.

4.3.2 Vermittlung von infizierten Kindern

4.3.2.1 Vermittlung und Hilfen in Familien

Rund ein Drittel der Kinder HIV-infizierter Mütter sind fremd untergebracht (Pflegefamilien, Verwandtenpflege, Familienwohnungen, Adoptivfamilien). Pflegefamilien und Verwandtenpflege sind die beiden häufigsten Formen, in denen infizierte Kinder außerhalb ihrer Herkunftsfamilien leben.

Unterbringung bei Pflegeeltern

Bei der Vermittlung HIV-exponierter Kinder in Pflegefamilien gab es vereinzelt Schwierigkeiten, die verschiedene Ursachen hatten. Dazu zählen

— der geringe Informations- und Aufklärungsgrad über die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Kindern innerhalb der Behörden und

— starke Ängste vor Ansteckung im sozialen Kontakt mit Kindern;

— Rechtsunsicherheiten und fehlende Erfahrungen, die einen längeren Entscheidungsprozeß über das angemessene Hilfsangebot für das unterzubringende Kind zur Folge hatten als üblicherweise;

— Probleme in der Abklärung von Zuständigkeiten einzelner Behörden.

Die Bereitschaft von Pflegeeltern, ein HIV-infiziertes oder bereits erkranktes Kind in Pflege zu nehmen, ist gewachsen. Trotz aller Schwierigkeiten sind keine Fälle bekanntgeworden, in denen Kinder außerhalb ihrer Herkunftsfamilie nicht unterzubringen gewesen wären.

Die finanzielle Versorgung der Pflegekinder ist durch die freiwillige Erhöhung bzw. Verdoppelung der Pflegesätze vieler Jugendämter zufriedenstellend geregelt. Die erhöhten Pflegegeldzahlungen sind jedoch an die Mitteilung der HIV-Infektion gebunden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß Pflegeeltern mit HIV-exponierten Kindern in ihrem sozialen Umfeld vorwiegend Akzeptanz und Anerkennung erfahren. Sie müssen zumindest keine persönlichen Schuldzuweisungen befürchten. Dennoch führt die unzulässige Weitergabe der Information über die HIV-Infektion und die daraus resultierenden negativen Erfahrungen und Konsequenzen zu erheblichen Belastungen für die Pflegefamilien. Zum Beispiel hat eine Informationsweitergabe von Behörden untereinander

ander dazu geführt, daß Kinder keine Aufnahme in Spielgruppen oder Kindergärten fanden.

Verwandtenpflege

Rund ein Drittel der in Pflege befindlichen Kinder werden durch Verwandte betreut und versorgt, in der Regel von den Großeltern. Die Pflegeverhältnisse müssen häufig überstürzt wegen Verschlechterung des Krankheitsbildes, wegen Haft oder Tod der Mutter oder des Vaters des HIV-infizierten Kindes, übernommen werden.

Dieser Zeitdruck und ein gestörtes Verhältnis zu den Behörden verhindern häufig eine intensive Beratung vor der Übernahme der Pflege. Das bedeutet, daß in diesen Fällen die Pflegeeltern nicht ausreichend über die zu erwartenden Schwierigkeiten im Umgang mit den Kindern und der Gesellschaft informiert sind. Die Anforderungen bei der Versorgung HIV-infizierter Kinder sind ungleich höher als in der herkömmlichen Verwandtenpflege, so daß vielfach familienunterstützende Hilfen des Staates notwendig werden. Für Kinder in Verwandtenpflege können nach der Rechtsprechung keine materiellen Hilfen nach § 6 JWG (Jugendwohlfahrtsgesetz) gewährt werden. Dies bedeutet, daß unter die familienstützenden Hilfen im Rahmen der Verwandtenpflege lediglich die notwendigen Hilfen zur Beratung in Fragen der Betreuung und Erziehung fallen.

Die finanzielle Ungleichbehandlung belastet besonders wirtschaftlich schlechtgestellte Großeltern, die ihr HIV-exponiertes Enkelkind in Pflege genommen haben. Darüber hinaus können schwere psychische Belastungen durch ambivalente Gefühle der Verantwortlichkeit einerseits und des Versagthabens und der Bestrafung andererseits entstehen. Das kann dazu führen, daß entlastende Hilfen nicht angenommen werden, weil sie von der Mitteilung der Infektion abhängig sind.

Familienergänzende Hilfen

Kurzzeitpflege- und Tagespflegestellen, Kindertagesstätten und Kindergartenplätzen werden als Unterstützung für alle genannten Betreuungsfälle, im besonderem Maße aber für Familien, in denen Eltern selbst infiziert sind, dringend benötigt. Das bundesweit unzureichende institutionelle familienergänzende Angebot für Kurzzeit- und Tagespflegestellen wird teilweise als katastrophal bezeichnet. Die fehlende finanzielle und gesetzliche Absicherung wird bei der Diskussion um die Aufnahme und die Betreuung HIV-exponierter Kinder in entsprechende Einrichtungen bzw. Pflegestellen besonders deutlich.

Es gibt derzeit keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Kindergartenplatz und keine finanziellen Absicherungen für die Unterbringung eines Kindes in einem Kindergarten. Für HIV-infizierte Kinder wirkt sich aber nicht nur dieser Mißstand negativ aus, sondern auch die Tatsache, daß generell nicht genügend Kindergartenplätze zur Verfügung stehen.

Die Bereitschaft, HIV-exponierte Kinder in Einrichtungen aufzunehmen oder Tagespflegestellen zu finden, war bisher gering. Trotz umfassender Informationsarbeit lassen sich Ängste über nur theoretische Ansteckungsrisiken nicht immer ausräumen.

Damit HIV-exponierte Kinder in ihren ersten Lebensjahren wichtige elementare soziale Bindungen unter Gleichaltrigen entwickeln können, bedarf es keiner Sondereinrichtung für diese Kinder, sondern einer ausreichenden Anzahl an Kindertageseinrichtungen und einer wesentlich verbesserten finanziellen Absicherung der Kurzzeit- und Tagespflegestellen.

Im Fall des Todes oder der Erkrankung der Eltern kann es sich als notwendig erweisen, kurzfristig Versorgungsangebote und Teil- oder Tagespflegestellen auf kommunaler Ebene zur Verfügung zu stellen.

4.3.2.2 Vermittlungsproblematik bei Abweichung vom traditionellen Familienbild

Die behördliche Akzeptanz sogenannter unkonventioneller Pflegepersonen, zum Beispiel Alleinerziehender, unverheirateter oder gleichgeschlechtlicher Paare ist gering, auch wenn diese als Pflegepersonen qualifiziert sind und keine geeigneten Pflegefamilien gefunden werden können. Einzelne HIV-infizierte Kinder sind beispielsweise bei Homosexuellen untergebracht. Es wird die Ansicht vertreten, daß eine Pflegefamilie nicht immer aus Vater und Mutter oder aus Vater, Mutter und Kind bestehen muß. Auch Homosexuelle und Alleinerziehende könnten zur Erziehung fremder Kinder gut in der Lage sein. In Bezug auf diese Fragen gibt es jedoch tiefgreifende moralische und gesellschaftliche Kontroversen. Einzelne Jugendbehörden akzeptieren solche Unterbringungsformen; andere Jugendämter lehnen sie ab.

4.3.3 Probleme im sozialen Umfeld

4.3.3.1 Eingliederung in Kindergärten

In vielen Fällen wird der Gesundheitszustand HIV-infizierter Kinder den Besuch eines Kindergartens ohne weiteres erlauben. Die Eingliederung in einen Kindergarten wäre für die soziale Integration und die seelische Entwicklung des infizierten Kindes sogar besonders wünschenswert. Sie stößt jedoch auf eine Vielzahl von Schwierigkeiten. Träger von Kindergärten weigern sich, HIV-infizierte Kinder aufzunehmen. Dies mag seinen Grund in der Fürsorge für alle ihnen anvertrauten Kinder, in der Notwendigkeit besonderer Vorkehrungen zur Betreuung infizierter Kinder, aber auch in Widerständen des Kindergartenpersonals haben. Zudem wollen Eltern gesunder Kinder für ihre Kinder jedes Risiko vermeiden und drohen gelegentlich, ihre Kinder notfalls abzumelden. Diese Haltung kann sowohl aus unzureichender Kenntnis über die Übertragungswege herrühren. Sie läßt sich aber auch damit erklären, daß Eltern ihre Kinder nicht einem Risiko aussetzen möchten, das nach dem bisherigen Kenntnisstand zwar äußerst unwahrscheinlich ist, das aber — zumal in Kindergärten — nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Dies führt dazu, daß vielfach zwischen Eltern und Kindergartenträgern nicht offen über eine HIV-Infektion geredet wird. Demgegenüber betonen Eltern infizierter Kinder immer wieder, daß es ihnen schon im Interesse ihrer Kinder lieber wäre, wenn sie die Betreuer in den Kindergärten auf die Infektion hinweisen könnten. Sie scheuen aber davor zurück, weil eine solche Information nicht selten panikartige Reaktionen auslöst. Es soll schon vorgekommen sein, daß sich betroffene Eltern deswegen gezwungen sahen, den Wohnort zu wechseln.

Nach dem derzeit geltenden Kindergartenrecht besteht keine Rechtspflicht für den Träger eines Kindergartens bzw. einer Kindertagesstätte, HIV-infizierte Kinder zurückzuweisen oder auszuschließen. Desgleichen besteht keine Rechtspflicht, von jedem Kind einen HIV-Antikörpertest zu fordern.

Zwar werden die Sorgeberechtigten durch landesrechtliche Vorschriften verpflichtet, eine ärztliche Bestätigung über die gesundheitliche Eignung des Kindes zum Besuch des Kindergartens vorzulegen; auf welche Krankheiten und auf welche Untersuchungen sich diese Bestätigung zu erstrecken hat, ist jedoch weitgehend offen. In diesem Zusammenhang wurde bei der Anhörung die Ansicht vertreten, ein Arzt dürfe die Bestätigung selbst dann ausstellen, wenn er wisse, daß das Kind HIV-positiv ist, da die Gefahr einer Übertragung der HIV-Infektion im Kindergarten im Verhältnis zu den typischen Kinderkrankheiten für äußerst gering zu erachten sei. So ist nach Auskunft von Eltern infizierter Kinder auch schon verfahren worden.

Durch landesrechtliche Vorschriften wird dem Träger des Kindergartens allerdings nicht verwehrt, auch Kinder aufzunehmen, für die eine ärztliche Eignungsbestätigung nicht vorliegt bzw. für die ärztlicherseits Bedenken angemeldet wurden. Auch das Seuchenrecht steht dem Kindergartenbesuch eines HIV-infizierten Kindes nicht entgegen. Die HIV-Infektion gehört nicht zu den Krankheiten, die nach § 45 Abs. 1 i.V.m. § 48 Abs. 1 BSeuchG ein Betretungsverbot auslösen. Da man die Regelung des § 45 Abs. 2 BSeuchG trotz ihres im Verhältnis zu den vorausgehenden und den nachfolgenden Absätzen weiten Wortlauts aus Zweckmäßigkeitserwägungen nur auf die in Abs. 1 genannten Krankheiten zu beziehen hat, besteht für die Sorgeberechtigten auch keine Verpflichtung, eine Zustimmung des Gesundheitsamts für den Kindergartenbesuch ihres HIV-infizierten Kindes einzuholen. Desgleichen scheidet eine Meldepflicht der Leitung des Kindergartens nach § 48 Abs. 2 BSeuchG aus.

Kindergärten in gemeindlicher oder sonstiger öffentlichrechtlicher Trägerschaft entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Aufnahme eines Kindes bzw. über die Fortsetzung des Kindergartenbesuchs. Ob solche Kindergärten HIV-infizierte Kinder vom Kindergartenbesuch ausschließen dürfen, ist in der Kommission umstritten. Ein Teil der Kommissionsmitglieder[1]) ist der Meinung, die Forderung eines Kindergartenträgers, daß für jedes Kind bei der Aufnahme, vielleicht sogar für jedes Kind in entsprechenden Zeitabständen das Ergebnis eines HIV-Antikörpertests vorzulegen sei, lasse sich nicht als rundwegs ermessensmißbräuchlich und damit als rechtswidrig abtun. Es ließen sich nämlich sehr wohl Gesichtspunkte anführen, unter denen sich ein solches Verlangen als rechtlich vertretbar darstelle. In diesem Zusammenhang spiele nicht zuletzt das Konzept, die Organisation und die Ausstattung des einzelnen Kindergartens eine erhebliche Rolle.

Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder[2]) ist dagegen der Meinung, ein Test sei zur Vermeidung von Neuinfektionen in Kindergärten allenfalls bedingt geeignet. Viel wichtiger sei ein ausreichender Hygienestandard sowie die nachhaltige und sachgemäße Aufklärung aller über die Ansteckungswege und die möglichen Schutzmaßnahmen. Diese viel wirkungsvollere Vorbeugung dürfe keinesfalls vernachlässigt werden. Hierzu könne es aber kommen, wenn man sich auf die nur bedingt aussagekräftigen Tests verlassen würde. Auch der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer habe in einer Empfehlung vom August 1988 für die „Ärztliche Beratung in der Praxis" festgestellt, daß HIV-infizierte Kinder in Kindertagesstätten, Kindergärten und Schulen keine Gefahr für das Betreuungspersonal und die nicht infizierten Kinder darstellen.

Kirchliche bzw. private Träger von Kindergärten und Kindertagesstätten können dagegen rechtlich nicht daran gehindert werden, den Zugang zu ihren Einrichtungen von der Vorlage von Testzeugnissen abhängig zu machen und infizierte Kinder vom Besuch ihrer Einrichtungen auszuschließen. Allerdings erhalten die meisten dieser Einrichtungen erhebliche staatliche Zuwendungen. Diese könnten unter Umständen mit der Auflage verbunden werden, bei der Aufnahme und Betreuung HIV-infizierter Kinder dieselben Grundsätze anzuwenden wie die öffentlich-rechtlichen Einrichtungsträger.

Um den Schwierigkeiten entgegenzuwirken, die mit der Eingliederung eines HIV-infizierten Kindes in einen Kindergarten bzw. in einer Kindertagesstätte verbunden sind, wurde u. a. von Sachverständigen in der Anhörung vorgeschlagen, die Eltern sollten die Tatsache, daß das Kind HIV-positiv ist, verschweigen dürfen, die Ärzte sollten die Eignung zum Kindergartenbesuch trotz einer bestehenden HIV-Infektion bestätigen dürfen, und die Träger von Kindergärten sollen dazu bewegt werden, nicht nach einer HIV-Infektion zu fragen. Durch derartig diskretes Verhalten würden vor allem unangemessene Reaktionen sowohl des Kindergartenpersonals wie der Eltern gesunder Kinder von vornherein verhindert. So zu verfahren, sei nicht zuletzt deshalb unbedenklich, weil die HIV-Infektion im alltäglichen sozialen Umgang nicht übertragen und daher das Infektionsrisiko im Kindergarten vernachlässigt werden könne.

Diesem Vorschlag wird entgegengehalten, daß er letztlich auf eine Bevormundung der Eltern hinauslaufe. Das Elternrecht umfasse die Entscheidung, ob

[1]) Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Zöllner

[2]) Frau Becker, Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD, Abg. Eimer (FDP), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) und Abg. Voigt (CDU/CSU)

und unter welchen Voraussetzungen die Kinder welchen Risiken ausgesetzt werden. Überdies stehe der Träger des Kindergartens auch gegenüber den Eltern gesunder Kinder in der Verantwortung. Der Ausweg müsse darin gesucht werden, daß man alle Beteiligten in angemessener Weise informiert, sie zu einsichtigem Verhalten motiviert, und daß alle Beteiligten zusammenwirken, um eventuelle kindergartenspezifische Risiken nach Möglichkeit zu vermeiden. Hiergegen wird allerdings vorgebracht, daß sich irrationales Verhalten von Einrichtungsträgern, des Kindergartenpersonals, aber gerade auch von Eltern gesunder Kinder nicht verhindern lasse und sich letztlich zu Lasten des infizierten Kindes auswirke.

Das Problem der Eingliederung HIV-infizierter Kinder in Kindergärten und Kindertagesstätten ist bisher in der Bundesrepublik Deutschland erst in wenigen Einzelfällen aufgetreten, weil es nur wenige HIV-infizierte Kinder im kindergartenfähigen Alter gibt. Es ist allerdings damit zu rechnen, daß sich dies in den nächsten Jahren ändern wird.

4.3.3.2 Eingliederung in Schulen

Einigkeit besteht darüber, daß HIV-infizierte Kinder die Schule besuchen können, wenn es ihr Gesundheitszustand erlaubt. Die Kultusminister der Länder haben sich auf verschiedenen Konferenzen mit den Problemen der Eingliederung HIV-infizierter Kinder befaßt und sind u. a. zu der Auffassung gelangt, daß die Eltern die Schule nicht über die Infektion des Kindes unterrichten müssen. Der Versuch in Rheinland-Pfalz, eine entsprechende Meldepflicht einzuführen, wurde wieder zurückgenommen.

Für den Bereich der Schulen wird jedoch darüber diskutiert, ob und inwieweit es zulässig ist, infizierte Kinder, die durch ihr Verhalten ein Infektionsrisiko für andere bilden, vom Schulbesuch auszuschließen. Eine generalisierende Antwort ist hier nicht möglich, die Frage muß vielmehr im Einzelfall entschieden werden. Auch insoweit ist darauf hinzuwirken, daß die Beurteilung durch den Arzt, durch den Lehrer und durch die Eltern in die Entscheidung einfließt. Als Rechtsgrundlage für Maßnahmen, die HIV-infizierte Kinder vom Schulbesuch in solchen Fällen ausschließen, kommen sowohl landesrechtliche Vorschriften des Schulrechts wie auch das Bundesseuchengesetz in Betracht. Im Falle eines Ausschlusses ist selbstverständlich dafür Sorge zu tragen, daß das Kind, bis es die erforderliche Einsichtsfähigkeit erlangt hat, Einzelunterricht erhält. Ein Ausschluß auf Dauer kann grundsätzlich nicht in Betracht kommen. Selbstverständlich kann es sich im Einzelfall ergeben, daß Eltern aufgrund ihrer allgemeinen Verpflichtung über bestimmte Vorkommnisse auch die Schule informieren müssen.

4.3.3.3 Unterbringung in Heimen

Es sollten Möglichkeiten geschaffen werden, mehrere betroffene Familien der individuellen Situation eines betroffenen Kindes oder seiner Familie entsprechend zusammenzuführen und ihnen unter der Anleitung eines Therapeuten geeignete Lebensbedingungen zu ermöglichen.

Das Verhältnis Eltern/Kind sollte so lange wie möglich erhalten werden. Besondere Heime für AIDS-kranke Kinder werden abgelehnt. Eine Heimunterbringung sollte nur in Frage kommen, wenn keine anderen Möglichkeiten der Betreuung bestehen.

4.3.4 Psychosoziale Betreuung

4.3.4.1 der Kinder, Eltern und Verwandten

Das Angebot und die Qualität der psychosozialen Betreuung von Kindern, Eltern und Verwandten muß gewährleistet sein. Die betroffenen Familien benötigen gegebenenfalls eine kontinuierliche, an den individuellen Bedürfnissen der jeweiligen Familien orientierte Begleitung, die auf Vertrauen und der Wahrung der Anonymität beruhen muß.

Nur im Rahmen des Modellprojekts „AIDS und Kinder" ist derzeitig ausreichend Personal für die psychosoziale Betreuung vorhanden. Das Personal hat jedoch keine Dauerstellen, sondern wird mit dem Auslaufen des Modells wieder entlassen.

Die Qualität der Betreuungsformen muß weiter ausgebaut und entwickelt werden. Den Familien sollten jedoch nicht zu viele Betreuungspersonen zugemutet werden. Es ist wichtig, daß Hilfe und Betreuung nicht nur in Notsituationen gewährleistet werden können, sondern kontinuierlich, auch in Phasen ohne besondere Belastungen. Die Betreuung darf auch nicht mit dem Tod des Kindes enden. Sie sollte — an den Bedürfnissen des einzelnen Betroffenen orientiert — so lange fortgesetzt werden, wie dies im Einzelfall gewünscht wird und notwendig ist.

Für Eltern können dies Gruppenangebote zum Erfahrungsaustausch, Hilfe und Vorbereitung für eine Sterbebegleitung des Kindes und einen, der jeweiligen Familiensituation entsprechenden Umgang mit den Geschwistern des betroffenen Kindes sein.

Eine zusätzliche Betreuung kann auch dann wichtig werden, wenn ein infiziertes Kind, wie z. B. ein Bluter von den Eltern bis zur Pubertät nicht über seine HIV-Infektion informiert worden ist und jetzt sexuell aktiv zu werden beginnt.

4.3.4.2 der Pflege- bzw. Adoptiveltern

Auch Pflegeeltern bzw. Adoptiveltern HIV-exponierter Kinder können im Rahmen des Modellprojekts „AIDS und Kinder" bei Bedarf in unterschiedlichem Umfang psychologische und sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung in Anspruch nehmen. Eine solche Betreuung ist jedoch außerhalb dieses Projekts nicht ausreichend gewährleistet.

Die Pflegeerlaubnis darf nach § 29 Abs. 1 Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) nur erteilt werden, wenn das leibliche, geistige und seelische Wohl des Pflegekindes gewährleistet ist. Da aber das Zusammenleben

von Infizierten und Gesunden nicht gefährlich ist, kann die Pflegeerlaubnis auch HIV-infizierten Personen erteilt werden.

Bei Dauerpflegschaften und Adoptionen spielt zusätzlich der Gedanke eine Rolle, daß die psychische Entwicklung des Kindes gefährdet werden könnte, wenn in absehbarer Zeit mit der schweren Erkrankung und dem Tod der Pflegeperson bzw. des Annehmenden gerechnet werden muß. Dies gilt nicht, wenn eine infizierte Pflegeperson oder ein infizierter Adoptionsbewerber das Kind schon bisher betreut und erzogen hatte, wenn also bereits eine soziale Elternschaft besteht.

4.3.4.3 des Personals für Pflege und Erziehung

Eine angemessene Betreuung ist auch für das Pflege- und Erziehungspersonal HIV-Infizierter erforderlich. Diese Möglichkeit ist jedoch, wenn überhaupt, in zu geringem Umfang vorhanden.

4.4 Modellprogramm „AIDS und Kinder"

Das im Herbst 1988 angelaufene, durch das BMJFFG geförderte Modellprogramm „AIDS und Kinder" stellt eine Verbindung dar zwischen klinischer Forschung, ambulanter und stationärer Behandlung von Kindern HIV-positiver Mütter sowie psychosoziale Betreuung von Kindern und ihren Müttern bzw. Pflegepersonen.

Durch multizentrische Zusammenarbeit der Universitätskinderkliniken und Universitätsfrauenkliniken in Berlin, Düsseldorf, Frankfurt/Heidelberg, Hamburg und München soll versucht werden, Informationen über die medizinische und soziale Entwicklung HIV-infizierter Kinder zu bekommen, wie auch Informationen darüber, an welchen Stellen medizinische und psychosoziale Hilfe geleistet werden kann. Aus diesen Gründen ist die Studie als interdisziplinäres Projekt zwischen medizinischer und psychosozialer Betreuung, Versorgung und Forschung angelegt.

Die wesentlichen Ziele des zunächst für die Dauer von 4 Jahren ausgelegten Modellprogramms sind:

- Erforschung des Krankheitsverlaufes,
- Entwicklung von Diagnostik und Therapie,
- Beobachtung der epidemiologischen Entwicklung von AIDS bei Kindern,
- Entwicklung optimaler Formen psychosozialer Betreuung von Mutter und Kind sowie
- Suche nach geeigneten Pflegepersonen.

Aufgrund der äußerst schwierigen Lebenslage der Betroffenen ergeben sich im einzelnen folgende Aufgabenbereiche:

- Unterstützung bei der Entwicklung gesundheitsstabilisierender Bewältigungsstrategien (Coping) sowie im Umgang mit gesundheitlichen Veränderungen bis hin zur Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozeß;
- Beratung von Schwangeren in Zusammenarbeit mit Gynäkologen und gegebenenfalls Pädiatern;
- Therapeutisch/beratende Begleitung bei allen vorhandenen und sich ergebenden Lebenskonflikten und Kriseninterventionen;
- stützende Begleitung der Familien bei der Lebensplanung und Bewältigung mit Vermittlung von praktischen Hilfestellungen (z. B. Haushaltshilfe bei Erkrankung der Mutter);
- Aufnahme von Kontakten und Zusammenarbeit mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung vor Ort, um — auch in großen Einzugsgebieten — eine gemeindenahe Versorgung zu gewährleisten; Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, die mit HIV-Infizierten arbeiten;
- Entwicklungsdiagnostik und
- Erfahrungs- und Informationsaustausch mit den Studienteilmern der anderen Kliniken.

Aufgaben der sozialpädagogischen und psychologischen Beratungen sind:

- Information und fachliche Beratung von Jugendämtern, Pflegekinderdiensten, freien Verbänden, Selbsthilfegruppen zu Fragen über das Modellprogramm „AIDS und Kinder" sowie der sozialpädagogischen Beratung betroffener Kinder;
- Suche nach und Vorbereitung von Betreuungspersonen in Zusammenarbeit mit örtlichen Pflegekinderdiensten;
- Beratung und Betreuung von Haushalten, die betroffene Kinder aufgenommen haben;
- abgestimmt auf die regionalen Gegebenheiten Aufbau einer vorbereitenden und begleitenden Gruppenarbeit mit Betreuungspersonen;
- regionaler Nachweis geeigneter Tages-, Kurzzeit- und Vollzeitpflegestellen;
- Aufklärungs- und Informationsveranstaltungen in Einrichtungen der Jugendhilfe und
- Aufnahme von Kontakten und Zusammenarbeit mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung vor Ort und anderen, im AIDS-Bereich tätigen Einrichtungen.

Eingebunden in das Modellprogramm wurde der Arbeitskreis Pflegekinder e.V. Berlin, der als Consulting- und Ansprechstelle des Modellprojekts fungiert. Die wissenschaftliche Begleitung des psychosozialen Teils erfolgt durch das Sozialpädagogische Institut in Berlin. Die statistische Auswertung nimmt das Beratungsinstitut für angewandte Statistik und Sozialanalyse in Berlin (BIAS) wahr.

Im bisherigen Verlauf der Projektarbeit hat sich gezeigt, daß der Schwangerschaftsverlauf bei HIV-positiven Frauen wegen der Ungewißheiten und Unsicherheiten auf allen Ebenen betreuungsintensiver ist als Normalschwangerschaften. Die Probleme Drogenabhängigkeit und HIV-Infektion dominieren in der Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrer Situation und erfordern in der Betreuung vor und nach der Geburt adäquate Angebote.

Die Kinder wachsen anders als andere vom Tod bedrohte Kinder auf, die eine stabile Lebenssituation oder zumindest gesunde Eltern haben. Sie werden durch die Infektion bzw. Erkrankung sowie durch zum Teil schwierige Lebensumstände in ihrer Entwicklung eingeschränkt. Die notwendigen diagnostischen Maßnahmen haben hohe psychische und physische Belastungen der Kinder zur Folge. Pflegeeltern leisten einen wichtigen Beitrag zur gesellschaftlichen Integration dieser Kinder. Nötig ist, sie umfassend über die HIV-Problematik des Kindes aufzuklären, damit sie angemessen damit umgehen können.

Auf der Seite der leiblichen Eltern besteht ein großer Bedarf nach psychosozialen Hilfestellungen. Die Betreuer versuchen, den Familien beim Aufbau sozialer Stützsysteme zu helfen, jedoch erschweren gesellschaftliche Zwänge und Verhaltensweisen wie Stigmatisierung, Diskriminierung und Benachteiligung der Betroffenen den Aufbau und die Kontinuität in der Akzeptanz der Betreuung.

Die Kosten des seit Juli 1987 und bis Dezember 1991 geförderten Gesamtprojektes betragen einschließlich der für die wissenschaftliche Begleitung 15 Mio. DM mit einem finanziellen Aufwand von ca. 3,5 Mio. DM pro Jahr. Im Rahmen des Projektes werden unter anderem die Personalkosten von 43 Mitarbeitern wie Kinderärzten, Gynäkologen, Psychologen, Sozialarbeitern und Hilfs- und Pflegekräften übernommen.

II. Auswertungen

Zahlreiche, in der Bestandsaufnahme aufgezeichnete Problemfelder werden durch das von der Bundesregierung initiierte Modellprogramm „AIDS und Kinder" aufgegriffen und untersucht. Daher nimmt die Kommission im folgenden nur solche Fragen auf, die nach ihrer Ansicht nicht oder nicht hinreichend berücksichtig wurden:

4.5 Früher und zuverlässiger Nachweis der HIV-Infektion bei Neugeborenen, Säuglingen und in der Schwangerschaft

4.5.1

Die frühzeitige Diagnostik einer kindlichen HIV-Infektion bereitet durch die komplizierte Immunbiologie beim Kleinkind erhebliche Schwierigkeiten. Die Ergebnisse der noch nicht etablierten und störfälligen PCR-Methode bleiben abzuwarten. Bei Verdacht sollten alle diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden (histologische Veränderungen und Virusnachweis in der Placenta, Nachweis von Virus, Antigen bzw. Antikörpern im Nabelschnurblut).

4.5.2

Eine wesentliche Frage bei exponierten Kindern ist die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung und der Zeitpunkt des sicheren Nachweises. Die neueren Nachweismethoden, wie PCR oder in-situ-Hybridisierung, sollten an Kindern HIV-infizierter Mütter vergleichend zu den herkömmlichen Nachweismethoden geprüft werden. Bei bestimmten Konstellationen sind die neuen Methoden eines Virusnachweises den klassischen Methoden offenbar überlegen.

4.5.3

Es hat sich gezeigt, daß bestimmte komplizierte engmaschige Untersuchungen, wie z. B. die Virusanzucht, die PCR, die in-situ-Hybridisierung schwer finanzierbar sind (Virusanzucht pro Untersuchung ca. 1.800,— DM, aufwendiges Speziallabor erforderlich). Sie können daher z. Z. an manchen Orten kaum organisiert werden.

4.5.4

Aus medizinischer Sicht scheint es sinnvoll, auch bei der Schwangerenvorsorge den Gesichtspunkt des HIV-Risikos einzubinden. Bei entsprechender Anamnese soll der Schwangeren ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden. Die „Richtlinien des Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen" über die Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) vom 3. Juli 1987 empfehlen den HIV- Antikörpertest „gegebenenfalls und möglichst frühzeitig auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren" über „die Risiken einer HIV-Infektion". Außerdem schreiben die Richtlinien vor, daß „die AIDS-Beratung und die sich gegebenenfalls anschließende HIV-Untersuchung im Mutterpaß nicht dokumentiert" werden sollen.

4.6 Frühdiagnostik klinischer und immunbiologischer Zeichen der Manifestation der HIV-Infektion

4.6.1

Über den Spontanverlauf der kindlichen HIV-Infektion sowie über besondere Verlaufsformen ist wenig bekannt, insbesondere welche Ursachen beispielsweise für eine frühere oder spätere Erkrankung des Kindes verantwortlich sind, warum nur bei einem Teil der Kinder eine intrauterine Infektion erfolgt und

warum und zu welchem Zeitpunkt infizierte Kinder später überhaupt erkranken.

4.6.2

Es gibt Analogieschlüsse von anderen Virusinfektionen, daß auch bei HIV eine Immuntoleranz vorkommen könnte. Praktisch würde dieses bedeuten, daß HIV auch bei Kindern nachgewiesen werden kann, die auf Dauer klinisch und immunologisch gesund sind. Bei einer derartigen Konstellation sollte analysiert werden, ob ein voll virulentes Virus vorliegt. Langzeitbeobachtungen infizierter, aber auch nur exponierter Kinder sind daher von großem Interesse, da sich hieraus nicht zuletzt praktische Richtlinien für eine spätere Diagnostik, eine Prognose, evtl. auch über eine Virusausscheidung ableiten lassen.

4.6.3

Da sich das kindliche Immunsystem anders als das des Erwachsenen verhält, erscheint es sinnvoll zu überprüfen, ob die beim Erwachsenen gültigen prädiktiven Parameter, wie z. B. p24-Antikörper, p24-Antigen, Zahl der T4-Zellen, Relation von T4/T8-Zellen, Neopterin, Beta-2-Mikroglobulin u. a. auch bei Kindern Aussagewert im Hinblick auf den Krankheitsverlauf haben. Diese Frage kann nur durch Langzeitbeobachtungen geklärt werden. Wichtig erscheint auch die Verfolgung kindheitsspezifischer Parameter wie Wachstumsstörungen, Verlust erworbener Fähigkeiten und Auftreten einer kindlichen Enzephalopathie.

4.6.4

Die aus der Literatur bekannten Symptome sind meist Spätsymptome. Frühsymptome klinischer und immunologischer Art werden z. Z. systematisch erforscht; es ist jedoch noch zu früh für endgültige Aussagen.

4.7 Therapie: AZT, Immunglobuline etc.

4.7.1

Da in den nächsten Jahren zunehmend mehr Kinder symptomatisch werden, stellt sich verstärkt die Frage nach einer wirksamen und auch für Kinder akzeptablen Therapie. Es ist dabei eher noch wichtiger als bei Erwachsenen, daß eine klinische Langzeitwirkung ohne relevante Toxizität erreicht wird.

4.7.2

Da zunehmend mehr Kinder in klinischen Studien mit AZT behandelt werden, ist die Frage, ob kindheitsspezifische Effekte einer AZT-Therapie vorkommen, von besonderer Bedeutung. Es erscheint sinnvoll, auch bei Kindern Longitudinalstudien mit AZT durchzuführen, mit deren Hilfe Aussagen über klinische Effekte, Nebenwirkungen, Resistenz- bzw. Toleranzentwicklung gemacht werden können. Auch die Frage der endgültigen Dosierung von AZT bei Kindern ist noch nicht geklärt.

4.7.3

Die Entwicklung und klinische Erprobung der bei Kindern besonders schwierigen Pentamidininhalation erscheint vordringlich. Die Durchführung einer tiefen Inhalation ist bei Kleinkindern besonders schwierig. Die z. B. von der Behandlung der Mucoviszidose vorliegenden Erfahrungen mit Inhalationen bei Kindern sind für die Pentamidininhalation kaum verwertbar, da bei Mucoviszidose mit viel größeren Tröpfchen inhaliert wird.

4.7.4

Die herkömmliche Prophylaxe einer Pneumocystis-Infektion mit Cotrimoxazol führt besonders bei Kindern häufig zu allergischen Reaktionen, deren genauer Mechanismus noch weitgehend unbekannt ist. Die Entwicklung anderer Formen einer systemischen Prophylaxe erscheint vordringlich.

4.8 Psychosoziale Defizite

4.8.1

Wegen der medizinisch notwendigen Betreuung ist der HIV-Antikörpertest, um schwere Schäden vom Kind abzuwenden, trotz der psychosozialen Problematik, medizinisch indiziert, wenn Anhaltspunkte für eine HIV-Infektion des Kindes vorliegen.

Darüber hinaus haben Pflegeeltern ein Recht auf Kenntnis des Gesundheitszustandes des Kindes.

4.8.2

Die Betreuung HIV-infizierter bzw. -exponierter Kinder wird heute weitgehend in den zeitlich begrenzten Modellprojekten geleistet. Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung, die gerade bei Kindern besonders wichtig ist, ist die Weiterbeschäftigung der dafür notwendigen Fachkräfte durch Regelfinanzierung sicherzustellen.

4.8.3

Die Bereitstellung kurzfristiger Versorgungsangebote, z. B. Tagespflegestellen in familiären Notfällen, wie Erkrankung/Tod der Eltern bereitet Schwierigkeiten.

4.8.4

Das familienergänzende Angebot zur Betreuung HIV-infizierter Kinder ist unzureichend. Die Finanzierung von Tagespflegestellen (Ausnahme: Berlin) ist nicht geregelt.

4.8.5

Für Kinder in Verwandtenpflege können nach der Rechtsprechung keine materiellen Hilfen nach § 6 JWG (Jugendwohlfahrtsgesetz) gewährt werden. Dies bedeutet, daß unter die familienstützenden Hilfen im Rahmen der Verwandtenpflege lediglich die notwendigen Hilfen zur Beratung in Fragen der Betreuung und Erziehung fallen.

4.8.6

Die kleine Zahl spezialisierter Zentren, meist an Universitätskliniken, erfordert oft lange Anfahrtswege für die Eltern infizierter Kinder. Eine Kostenübernahme des Transports für die häufig in schlechter sozialer Situation lebenden Eltern ist nicht gewährleistet.

4.8.7

Bei der Vermittlung von HIV-infizierten Kindern an Personen, die nicht dem traditionellen Familienbild entsprechen, wie nicht eheliche oder gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften und Alleinerziehende bestehen in der Praxis Unsicherheiten. Die Kommission ist der Meinung, daß jeweils eine Einzelprüfung stattzufinden hat, die sich am Wohle des Kindes orientieren muß. Dabei sollten auch Personen, die nicht dem traditionellen Familienbild entsprechen, nicht generell abgelehnt werden.

Um eine unvoreingenommene Einzelfallprüfung zu gewährleisten, ist die Einführung einer Antidiskriminierungsbestimmung in § 29 Jugendwohlfahrtsgesetz zu überlegen, die Benachteiligungen aufgrund der sexuellen Orientierung oder des Familienstandes ausschließen.

4.8.8

Bei der derzeitigen geringen Durchseuchung der allgemeinen Bevölkerung besteht keine Veranlassung, generell von allen Pflegeeltern und Adoptionsbewerbern die Vorlage von Testzeugnissen zu verlangen, wohl aber, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen.

4.8.9

Wenn bekannt ist, daß ein Kind HIV-infiziert ist oder der Verdacht auf eine HIV-Infektion besteht, darf das gegenüber den Pflegeeltern und den Adoptionsbewerbern nicht verschwiegen werden. Adoptionsbewerber müssen auch auf eine frühere intravenöse Drogenabhängigkeit der Mutter oder des Vater oder auf sonstige Gesundheitsrisiken hingewiesen werden. Es ist aber nicht notwendig, alle Adoptiv- bzw. Pflegekinder auf HIV zu testen, wenn keine konkreten Anhaltspunkte für eine Infektion vorliegen. Davon abgesehen können die Tests, wie auch sonst, nur mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten bzw. bei älteren Kindern mit deren Zustimmung vorgenommen werden.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie auf die Länder und entsprechende Institutionen, Organisationen und Verbände hinzuwirken,

4.9.1

eine ausreichende personelle und finanzielle Unterstützung der oft komplizierten Spezialdiagnostik einer HIV-Infektion bei Neugeborenen und Kleinkindern zu ermöglichen;

4.9.2

Programme zur Verlaufsbeobachtung des Gesundheitszustandes der Kinder von HIV-infizierten Müttern über viele Jahre, unabhängig davon, ob eine HIV-Infektion nachgewiesen werden konnte oder nicht, zu fördern;

4.9.3

die Unterschiede im Verlauf und im Krankheitsbild im Rahmen von Langzeituntersuchungen zwischen der Infektion des Kindes und der des Erwachsenen zu erarbeiten;

4.9.4

die Frühsymptome einer HIV-Infektion beim Kind zu erforschen;

4.9.5

eine spezifische Therapie mit Virostatika (AZT, DDI) bei Kindern zu entwickeln sowie die vorläufige Zulassung wirksamer Therapeutika auch für Kinder zu beschleunigen;

4.9.6

die Therapie und Prophylaxe opportunistischer Infektionen im Kindesalter zu optimieren, z. B. Pentamidininhalation, Prophylaxe von Pilzinfektionen;

4.9.7

den Wirkungsmechanismus des nur bei Kindern vorhandenen positiven Effektes von intravenös verabreichten Gammaglobulinen zu erforschen;

4.9.8

die perinatale Diagnostik und Frühdiagnose einer HIV-Infektion bei Neugeborenen zu optimieren. Dazu gehört die Entwicklung optimierter virologischer Techniken, wie die Polymeraseketten-Reaktion (PCR), die Virusanzucht, der Antigennachweis sowie anderer hochempfinderlicher Nachweisverfahren;

4.9.9

die Information der Ärzte und der Öffentlichkeit über Therapieformen der HIV-Infektion auch beim Kind zu gewährleisten;

4.9.10

die Entwicklung besonderer Aufklärungsprogramme, um die Akzeptanz HIV-infizierter Kinder in Kindergärten und Schulen zu fördern;

4.9.11

durch eine ergänzende Antidiskriminierungsbestimmung in § 29 Jugendwohlfahrtsgesetz sicherzustellen, daß bei der Erteilung einer Pflegschaftserlaubnis in der Praxis vorhandene Benachteiligungen aufgrund der sexuellen Orientierung oder des Familienstandes ausgeschlossen werden;

4.9.12

Versorgungsangebote, z. B. Tagespflegestellen, in familiären Notfällen, wie Erkrankung/Tod der Eltern, kurzfristig bereitzustellen;

4.9.13

die Finanzierung von Tagespflegestellen für die familienergänzende Betreuung von HIV-infizierten Kindern entsprechend der Berliner Regelung zu ermöglichen;

4.9.14

auf die Jugendämter dahin gehend einzuwirken, bei der Vermittlung von HIV-infizierten Kindern Personen, die nicht dem traditionellen Familienbild entsprechen, nicht generell abzulehnen, sondern jeweils eine am Kindeswohl orientierte Einzelprüfung vorzunehmen.*)

---

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 361

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 1: Prävention in privaten und öffentlichen Unternehmen (mit Ausnahme der Betriebe im Gesundheitswesen)

Einleitung

Aussagen in der Vergangenheit, daß AIDS kein Problem der *Arbeitswelt* und daß die Allgemeinbevölkerung ausreichend informiert sei, haben die Kommission veranlaßt, der Frage nachzugehen, welchen Stellenwert in Betrieben und Unternehmen im Rahmen der Belegschaftspolitik eine offensive und ständige Aufklärung der Arbeitnehmer einnimmt.

Die Ausführungen dieses Unterabschnittes gelten für alle Betriebe. Bezüglich der besonderen Probleme, die in Betrieben auftreten, die der Unfallverhütungsvorschrift Gesundheitsdienst (VBG 103) unterliegen (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen usw.), wird auf das 6. Kapitel **AIDS und Recht** Unterabschnitt 6 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** verwiesen.

I. Bestandsaufnahme

5.1.1 Ausgangssituation/Zielsetzung

Die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung hat in der betrieblichen Praxis bisher kaum Bedeutung erlangt. Allerdings ist damit zu rechnen, daß sich dies in Zukunft ändern wird, denn mit dem steigenden Grad der Durchseuchung wird auch die Zahl der Infizierten und Erkrankten in den Unternehmen und Betrieben zunehmen. Die Mehrheit der Epidemiologen ist der Auffassung, daß in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 50 000 und 100 000 Personen infiziert sind von denen sich der ganz überwiegende Teil im erwerbsfähigen Alter befindet. Damit kann ein Anstieg innerbetrieblicher Konflikte in der Belegschaft und im Verhältnis des einzelnen Arbeitnehmers zum Arbeitgeber einhergehen.

Das Zusammenleben aufeinander angewiesener und miteinander arbeitender Menschen legt die Auseinandersetzung mit der Immunschwäche AIDS im betrieblichen Alltag nahe.

Letztlich wird es entscheidend darauf ankommen, die im betrieblichen Alltag eventuell aufkommenden Interessenkonflikte zwischen Arbeitgebern, HIV-infi-

zierten oder AIDS-erkrankten und nicht infizierten Arbeitnehmern angemessen zu lösen und Ausgrenzungen aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

Von dieser Erkenntnis ausgehend, ist seit einiger Zeit festzustellen, daß sich vor allem größere Unternehmen und hier insbesondere die Personalabteilungen zusammen mit den Betriebs- bzw. Personalräten mit dem Thema mehr als nur kursorisch befassen. Eine gewisse Vorreiterrolle haben die Unternehmen eingenommen, die Personal ins Ausland entsenden und sich notgedrungen der Frage stellen mußten, ob ein HIV-Infizierter dort besonderen Risiken ausgesetzt, seine Entsendung also überhaupt zu vertreten ist.

Bei der Beschäftigung mit dem Thema AIDS und der Entwicklung von Präventionsstrategien stehen die Unternehmen vor der Aufgabe, die besondere Situation des Betriebes zu nutzen und notwendige Verhaltensänderungen durch Aufklärung und Beratung herbeizuführen. Die Präventionsstrategien müssen einerseits darauf abzielen, Neuinfektionen zu vermeiden und andererseits Diskriminierungen zu verhindern.

Die unterschiedliche Struktur und Größe der Unternehmen sowie das geltende Arbeitsrecht erfordern in der Praxis situationsgerechte Anpassungen des Präventionskonzeptes. Unternehmensleitungen, Personalabteilungen, Betriebs- bzw. Personalräte und Betriebsärzte sind gefordert, in weiten Bereichen aus eigener Verantwortung heraus zu handeln. Das Arbeitsrecht, auf das im 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 6 gesondert eingegangen wird, gibt hier lediglich einen Rahmen.

Die personalpolitischen Lösungen muß das jeweilige Unternehmen selbst finden, wobei nach allen bisherigen Kenntnissen von der Prämisse auszugehen ist, daß die Herangehensweise und die rechtliche Konsequenz, die aus der Gefährdung durch AIDS zu ziehen ist, nicht nur mit dem medizinischen Kenntnisstand, sondern auch mit den moralischen Grundvorstellungen zusammenhängen. Je nachdem, wie man die Ansteckungsgefahr sieht und welches Menschenbild man zugrunde legt, kann man zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen: Integration und Hilfe oder Ablehnung und Ausgrenzung.

In Unternehmen kann eine überzeugende Integration der Betroffenen nur gelingen, wenn alle Mitarbeiter über die tatsächlichen Gefahren von AIDS umfassend und wiederholt informiert werden.

Falls sie von der Infektion eines Kollegen erfahren, müssen sie genau wissen, daß dessen HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung für sie im Arbeitsleben keine Gefahr darstellt. Die Erfahrung hat gezeigt, daß bei rechtzeitiger Aufklärung irrationale, unangemessene Reaktionen der Kollegen bzw. des Arbeitgebers, die es in Einzelfällen gegeben hat, hätten vermieden werden können.

Die Vorbehalte gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken, die es anfänglich in der Bundesrepublik Deutschland gegeben hat, sind heute nicht mehr in diesem Ausmaß festzustellen. Eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit BMJFFG in Auftrag gegebene und vom Institut für Demoskopie Allensbach im Februar 1987 und im Februar 1988 wiederholte Repräsentativbefragung der erwachsenen Bevölkerung läßt in diesem Zusammenhang eine Einstellungsänderung erkennen, die zumindest zum Teil auf die Informationskampagnen zurückzuführen sind. Die Ergebnisse zeigen, daß durch intensive Aufklärungsarbeit unbegründete Ängste erheblich abgebaut werden konnten.

Frage: „Hier stehen einige Möglichkeiten, wie man sich anstecken kann. Was meinen Sie, was davon trifft auch auf AIDS zu, wie und wodurch kann man sich mit AIDS anstecken?"

— Auszug —	1987 %	1988 %
Durch unsaubere Spritzen	83	89
Durch eine Blutübertragung	87	86
Durch besondere Sexualpraktiken	72	76
Durch einen Kuß von einem AIDS-Kranken	41	28
Auf Reisen außerhalb Europas	31	23
Durch Insektenstiche	21	14
Auf öffentlichen Toiletten	19	13
Wenn man aus einem Glas trinkt, aus dem vorher ein AIDS-Kranker getrunken hat	15	6
Wenn man von einem AIDS-Kranken angehustet wird	10	4
Durch jede Form der Berührung von einem AIDS-Kranken	5	2
Durch einen Handschlag	1	1
Durch seelische Probleme	1	1
Nichts davon	1	2

Frage: „Hier sind noch weitere Meinungen zu AIDS. Können Sie mir bei jeder bitte sagen, ob Sie das auch finden oder nicht?"

— Auszug —	1987 %	1988 %
Sicher ist sicher. Mit einem AIDS-Infizierten oder -Kranken will ich überhaupt nichts zu tun haben		
Finde ich auch	35	18
Finde ich nicht	35	58
Unentschieden	30	24
	100	100

Im Falle eines AIDS-kranken Kollegen plädierten 51 % der Bevölkerung für eine unveränderte Fortsetzung der Zusammenarbeit, während 13 % eine Zusammenarbeit völlig ablehnten.

Die durchaus positiven Anzeichen zunehmender Toleranz dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß im konkreten Fall eine völlig andere Reaktion eintreten kann. Es wäre deshalb ein verhängnisvoller Irrtum, jetzt in dem Bemühen um Aufklärung nachzulassen.

Der Inhalt der Information und Beratung von Arbeitnehmern unterscheidet sich nicht von den bereits im *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission dargestellten Präventionsbotschaften. Im Gegensatz jedoch zu der massenmedialen Aufklärung besteht in Unternehmen die Möglichkeit zur gruppenspezifischen Ansprache, die zumindest in größeren Unternehmen vom betriebsärztlichen Dienst ggf. in Zusammenarbeit mit externen Referenten z. B. aus Gesundheitsämtern oder Selbsthilfeorganisationen vorgenommen werden kann. Mit Hilfe von Broschüren, Referaten, Werkszeitungen oder Videofilmen können den Arbeitnehmern mit dem Ziel der informierten Solidarität Krankheitsbild, Krankheitsverlauf und Infektionsrisiken dargestellt werden.

Nur wenn Arbeitnehmer und Arbeitgeber verstehen lernen, daß sich sehr viele HIV-Infizierte vor dem Ausbruch von AIDS gesund fühlen, voll arbeitsfähig sind, ihre Tätigkeit weder für sie selbst, noch für die Kollegen oder Dritte eine Gefahr darstellt, und auch das Firmeninteresse nicht tangiert wird, ist es möglich, daß Ausgrenzungen, Benachteiligung oder sogar selbstgewählte Kündigung der Betroffenen Einzelfälle in Unternehmen bleiben werden.

5.1.2 Präventionskonzepte

Während das Jahr 1987 überwiegend von Kampagnen in den Massenmedien geprägt war, findet seit 1988 eine gleichzeitige Stärkung der persönlichen Aufklärung statt. Seither werden sowohl von der Bundesregierung und den Bundesländern als auch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern Aufklärungskampagnen durchgeführt.

5.1.2.1 Präventionskonzepte der Bundesregierung

Entsprechend dem gegenwärtig absehbaren besonderen Präventionsbedarf hat das BMJFFG beginnend mit dem Jahr 1989 im Bereich der Arbeitswelt einen besonderen Aufklärungsschwerpunkt eingerichtet. Seine Konzeption wird zusammen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) sowie mit den Sozialpartnern, Fachverbänden und Institutionen erarbeitet.

Im Aufklärungsschwerpunkt „Arbeitswelt" sollen über die bisher entwickelte „Broschüre für Arbeitgeber/Arbeitnehmer" mit zugehöriger Wandzeitung und der Übersetzung in sechs Sprachen hinaus eine Reihe weiterer Aufklärungsmaßnahmen gemeinsam entwickelt werden. Diese richten sich an:

— Arbeitnehmer unmittelbar am Arbeitsplatz,

— innerbetriebliche Entscheidungsträger, d. h. Multiplikatoren mit spezifischem Informationsbedarf wie z. B. Personalverwaltungen, Betriebsräte, Betriebsärzte sowie

— Unternehmensleitungen und Management.

Dabei sollen Großunternehmen, vor allem aber auch mittelständische Unternehmen und Kleinbetriebe mit ihren jeweiligen Besonderheiten berücksichtigt werden. Im einzelnen handelt es sich bei diesen Instrumenten um Leitfäden, spezifische Curricula für Multiplikatorenschulung, Seminare sowie Videos bzw. Schulungshilfen. So zeichnet sich nach dem gegenwärtigen Sachstand die Realisierung eines von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragenen Leitfadens für innerbetriebliche Entscheidungsträger und Multiplikatoren ab.

Die Realisation eines halbstündigen Films über das Thema „AIDS/HIV in der Arbeitswelt" durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der auch im Fernsehen ausgestrahlt wird, ist gerade abgeschlossen. Im Rahmen der „Gesprächsinitiative" bietet die BZgA besonders qualifizierte Gesprächspartner an, die die Unternehmen in Anspruch nehmen können.

Die „Gesprächspartner" arbeiten im Rahmen von AIDS-Aufklärungstagen. Die AIDS-Aufklärungstage bestehen aus einer Reihe von zentralen, dezentralen, öffentlichen und geschlossenen Veranstaltungen. Sie werden in Städten, Kreisen und ländlichen Regionen durchgeführt, wobei die Initiative von der Arbeitsgemeinschaft „AIDS-Kommunikation" ausgeht, die von der BZgA den Auftrag erhalten hat, Aufklärungsinitiativen im gesamten Bundesgebiet durchzuführen.

Die Arbeitsgemeinschaft, ein Zusammenschluß verschiedener Agenturen, strebt eine enge Kooperation mit allen interessierten Partnern auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene an. Besonders wichtige Kooperationspartner sind neben den Gesundheitsämtern die AIDS-Hilfen, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Familienberatungsstellen, Kirchen, Unternehmen, Jugendorganisationen und Jugendeinrichtungen.

Bereits in den ersten Monaten der Kampagne zeigte sich Interesse der Unternehmen an dieser Aufklärungsinitiative, wobei das Konzept der BZgA eine gemeinsame inhaltliche Vorklärung der Arbeit vorsieht, da vor dem Einsatz der Gesprächspartner das Unternehmen seine Grundsätze hinsichtlich der AIDS-Prävention am Arbeitsplatz formuliert haben soll. Besonders die Ansprache von Klein- und Mittelbetrieben wird im Rahmen der o. g. Maßnahmen z. Z. erprobt.

Die Bundesregierung beteiligte sich außerdem maßgeblich an einem breiten Erfahrungsaustausch über die AIDS-Aufklärung im Betrieb auf internationaler Ebene. Die Schlußfolgerungen des Europäischen Rates[1]) decken sich mit den Auffassungen der Bundesregierung und lauten wie folgt:

[1]) (BT-Drucksache 11/4569, Seite 57)

— „Am Arbeitsplatz besteht kein Risiko einer HIV-Infektion oder einer Infektion mit AIDS. Dies gilt auch für die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen und im Bereich der Körperpflege, sofern die Hygienevorschriften eingehalten werden.

— Da das Sozialverhalten häufig durch falsche Informationen negativ beeinflußt wird, sollten die Unternehmen mit Hilfe der üblicherweise für den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zuständigen Personen eine wirksame AIDS-Aufklärung entwickeln, die dem jeweiligen Arbeitsfeld angepaßt ist und die vor dem Auftreten konkreter Fälle erfolgen müßte.

— HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke stellen keinerlei Gefahr für ihre Arbeitskollegen dar. Aus diesem Grund ist es nicht gerechtfertigt, bei der Einstellung Tests zur Feststellung von HIV-Antikörpern vorzunehmen. Auch AIDS-Tests im Rahmen der regelmäßigen medizinische Vorsorgeuntersuchungen im Betrieb bilden kein geeignetes Mittel zur Bekämpfung von AIDS.

— Ein HIV-Infizierter ohne Krankheitssymptome ist als ein voll arbeitsfähiger Arbeitnehmer zu betrachten und zu behandeln.

— An AIDS erkrankte Arbeitnehmer sollen nicht anders behandelt werden als Mitarbeiter mit anderen schweren Krankheiten, die sie in der Erfüllung ihrer Aufgaben beeinträchtigen."

5.1.2.2 Präventionskonzepte des Senats von Berlin

Neben der Bundesregierung schenken auch die Bundesländer der AIDS-Aufklärung in der Arbeitswelt immer mehr Beachtung. Da Berlin als eines der ersten auf diesem Gebiet tätig geworden ist, sei das Aufklärungs- und Beratungskonzept hier beispielhaft beschrieben.

Seit Juni 1987 bietet die „Sondereinheit AIDS" allen Berliner Unternehmen und Arbeitnehmern Aufklärungsveranstaltungen zum Thema AIDS an.

Das Angebot wurde durch Veröffentlichungen in Tageszeitungen, in der Zeitschrift „Berliner Wirtschaft" sowie in diversen Gewerkschafts- und Arbeitgeberzeitungen bekannt gemacht. Mit rund 40 Informationsveranstaltungen, die fast ausschließlich in Großbetrieben und Verwaltungen durchgeführt wurden, blieb die Resonanz im 1. Jahr hinter den Erwartungen zurück.

Um die Aufklärung über AIDS in der Arbeitswelt zu intensivieren, wurde von der „Sondereinheit AIDS" ein Konzept entwickelt, dessen erfolgreiche Umsetzung die Teilnahme von Arbeitgebern und Gewerkschaften voraussetzt. Es orientiert sich an dem Grundsatz, daß die Ansprache der in den Betrieben und Verwaltungen vorhandenen Multiplikatoren auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite zuerst und so umfassend wie möglich erfolgen muß.

Im Juni 1988 fand zwecks Koordinierung der Kampagne ein Spitzengespräch unter Leitung des Senators für Gesundheit und Soziales mit Vertretern der Arbeitgeber, Industrie- und Handelskammer und Gewerkschaften, Senatsverwaltungen und der Berliner AIDS-Hilfe statt.

Seit Herbst 1989 besteht eine Koordinationsgruppe aus Mitarbeitern der „Sondereinheit AIDS" und sogenannten „Gesprächspartnern", die im Auftrag der BZgA Informationsveranstaltungen zum Thema AIDS initiieren und durchführen. Die Gruppe soll Informationsmaterial entwickeln und für die organisatorische Abwicklung des Programms zuständig sein. Daneben werden die von der BZgA erstellten Broschüren und Plakate in Betrieben und Verwaltungen verteilt.

Der Umfang des für ein Jahr vom Berliner Senat geförderten Programms „AIDS-Aufklärung in der Arbeitswelt" ist daran zu messen, daß allein im produzierenden Gewerbe Berlins rund 4 000 Betriebe mit ca. 175 000 Beschäftigten erreicht werden sollen. Das für eine sachgerechte und kontinuierliche Aufklärung und Beratung notwendige Personal und die Sachmittel sollen gemeinschaftlich von den am Programm beteiligten Institutionen aufgebracht werden.

5.1.2.3 Präventionskonzepte großer privater sowie öffentlicher Unternehmen

Davon ausgehend, daß die steigende Zahl bekannt werdender HIV-Infizierter und AIDS-Kranker in den nächsten Jahren Auswirkungen auf das Arbeitsleben haben wird, haben neben den staatlichen Präventionskampagnen in diesem Bereich bereits zahlreiche private und öffentliche Unternehmen eigenverantwortlich Beratungs- und Betreuungsangebote initiiert. Um diese Feststellung, die auch von den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden getroffen wird, zu erhärten, schrieb das Sekretariat der Enquete-Kommission „AIDS" am 27. Oktober 1988 vierzig Unternehmen bzw. Behörden mit der Bitte an, der Kommission einige Fragen zum Thema „AIDS-Prävention am Arbeitsplatz" zu beantworten. Die Unternehmen wurden nach ihrer Beschäftigtenzahl ausgesucht (nur Großunternehmen), wobei unterschiedliche Branchen berücksichtigt wurden. Ferner wurden die großen Bundesunternehmen bzw. -behörden angeschrieben.

Ziel war es zu erfahren,

— ob AIDS für das Unternehmen überhaupt eine Rolle spielt,

— ob die Chance der Information im Betrieb wahrgenommen wird,

— inwieweit der HIV-Antikörpertest bei Neueinstellungen eine Rolle spielt,

— welche Informationsmaterialien im Unternehmen gegebenenfalls Verwendung finden und

— ob Tendenzen der Ausgrenzung bzw. Diskriminierung Betroffener durch bestimmtes Verhalten der Unternehmen bzw. Behörden Vorschub geleistet wird.

Von den 40 befragten Unternehmen bzw. Behörden gingen 31 Antworten ein.

Die Auswertung ergab folgendes Bild:

Frage: Wird in Ihrem Unternehmen über die Immunschwächekrankheit AIDS informiert?

Hier antworteten 25 mit „ja“, in drei Unternehmen findet keine Information statt, jeweils ein Unternehmen informiert allgemein bzw. nur vor betriebsbedingten Auslandsreisen, in einem Betrieb sind entsprechende Materialien bzw. Veranstaltungen in Vorbereitung.

Frage: Wie oft finden die Informationen statt und in welcher Weise?

Frage: Beziehen Sie Informationsmaterial von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe oder anderen Organisationen bzw. stellen Sie eigenes Informationsmaterial her?

Die Antworten auf beide Fragen ergaben, daß in 21 Unternehmen jährlich mindestens zweimal allgemein und gruppenspezifisch über AIDS informiert wird. Diese Informationen werden über Betriebsärzte, Werkszeitungen sowie Infodienste verbreitet und in Vorträgen und Diskussionen vertieft.

Es wird häufig berichtet, daß das Thema speziell in der Ausbildung eine besondere Rolle spielt. In fünf Unternehmen wird zwar Informationsmaterial dargeboten, es findet jedoch keine persönliche Beratung statt. In 17 Unternehmen wird sowohl betriebsfremdes als auch eigenes Informationsmaterial verwendet.

Frage: Wird vor einer Einstellung ein HIV-Antikörpertest verlangt?

Von den 31 Unternehmen, die die Fragen des Sekretariats beantwortet haben, verzichten 29 vor einer Einstellung grundsätzlich auf einen HIV-Antikörpertest.

Die Lufthansa beantwortete diese Frage mit „ja“ und zwar für alle Personen des fliegenden Personals im Hinblick auf ihre Tropentauglichkeit. Bei zwei weiteren Unternehmen wird vor einer Einstellung der HIV-Antikörpertest ausdrücklich dann verlangt, wenn die Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit mit dem Blut anderer und mit — auch ansteckenden — Krankheiten in Berührung kommen (medizinisches Personal) oder als PKW-Berufsfahrer eingestellt werden sollen (Test wird nahegelegt wegen möglicher neurologischer Ausfallerscheinungen) bzw. für Auslandstätigkeiten in Ländern vorgesehen sind, in denen gesetzlich ein HIV-Antikörpertest vor Aufnahme der Tätigkeit in dem betreffenden Land vorgeschrieben wird.

Frage: Schließt ein positives Testergebnis eine Einstellung aus?

In lediglich einem Unternehmen wurde diese Problematik noch nicht diskutiert. Die Deutsche Lufthansa AG stellt kein fliegendes Personal mit einem positiven Testergebnis ein. Dies gilt jedoch nicht für das Bodenpersonal. Unternehmen, die einen HIV-Antikörpertest vor der Einstellung eines Bewerbers für eine Auslandstätigkeit verlangen, haben jedoch ausdrücklich betont, daß ein positives Testergebnis einer anderweitigen Beschäftigung nicht entgegenstehen würde.

Frage: Schließt ein positives Testergebnis eine Weiterbeschäftigung aus?

Alle Unternehmen bzw. Behörden, die geantwortet haben, schließen eine Entlassung des Betroffenen grundsätzlich aus. Von Fall zu Fall halten sie jedoch eine Versetzung für richtig bzw. für notwendig. Die Deutsche Lufthansa AG beschäftigt, wie oben bereits erwähnt, das fliegende Personal bei einem positiven Testergebnis am Boden weiter.

Frage: Bieten Sie ihren Beschäftigten den kostenlosen HIV-Antikörpertest an?

Elf Unternehmen beantworteten diese Frage mit „ja“, wobei die meisten die Beschäftigten im Ausland als Zielgruppe nannten. Bei fünf weiteren Unternehmen wird der HIV-Antikörpertest nur bei bevorstehenden Auslandsreisen angeboten. Auffällig war, daß bei lediglich drei Unternehmen auf eine vor- und nachgehende Testberatung ausdrücklich Wert gelegt wurde.

Das Ergebnis läßt vermuten, daß in einer Reihe von Unternehmen die Möglichkeit einer vor- und nachgehenden Testberatung, die gleichzeitig auch eine Präventionschance darstellt, nicht hinreichend genutzt wird. Ein Unternehmen betont beispielsweise ausdrücklich, daß es auf Anonymität besonders großen Wert legt und daß den Mitarbeitern das Ergebnis, das in einem Fremdlabor ermittelt und auch dem Betriebsarzt nicht mitgeteilt wird, ausschließlich schriftlich bekanntgegeben wird.

Frage: Liegt im Zusammenhang mit der Immunschwächekrankheit AIDS eine Betriebsvereinbarung vor?

Lediglich in zwei Unternehmen wurde bisher eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen, in zwei weiteren ist ein Entwurf in der Diskussion [1]). Die Ergebnisse der Umfrage im einzelnen gehen aus den nachfolgenden Tabellen hervor.

---

[1]) Das Muster einer Betriebsvereinbarung ist als Anhang (IV) beigefügt.

Unternehmen/ Behörden	Informationen		Wie? Wer?	HIV-Test vor Einstellung		HIV-Pos. keine Einstellung		kostenloser HIV-AK-Test		HIV-Pos. keine Weiterbeschäftg.		Betriebsvereinbarung		Info-Material a) fremdes b) eigenes		Besonderheiten
	ja	nein		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
AEG	×		Betriebsärzte, Arbeitsrechtler, Werkszeitung, Plakate		× mit Ausnahmen		×	×			×	×		a) b)		vor- und nachgehende Beratung
Aldi GmbH																
WRD	×		Betriebsarzt, Einzel- und Gruppengespräche		×		×	×			×		×	a)		
BASF AG	×		Werkszeitung, gruppenspez. Information		×		×		×		×		×	a) b)		Betriebsvereinbarung in Diskussion
BAYER AG	×		Werksärzte, AIDS-Info, Info für ausländ. Mitarbeiter		×		×		× mit Ausnahmen		×		×	a) b)		
BMW AG	×		Werkszeitung, Info-Mat., gruppenspez. Information		×		×	×			×		×	a) b)		gezielte Beratung durch Gesundheitsdienst
Boehringer Ingelheim KG	×		Infos, Plakate		×		×	×			×		×	a)		Weiterbesch. HIV-Pos. hat sich noch nicht gestellt
Bundesminister für Post und Fernmeldewesen	×		Vorträge, Dienstbespr.		×		×		×		×		×	a)		
Commerzbank AG																
Daimler Benz AG	×		Werkszeitschrift, Betriebsärzte, Sozialarb., gruppenspez. Information		×		×	×			×		×	a) b)		Testergebnis Dritten nicht bekannt; Ergebnis von Fremdlabor schriftlich an Mitarb.
Deutsche Bank AG		×			×		×		×		×		×		×	
Deutsche Bundesbahn	×		Merkblatt, Einzelgespr., Information in der Ausbildung		×		×		×		×		×	a) b)		
Deutsche Lufthansa AG	×		Info-Dienst, Erste-Hilfe, Schulungen, Arbeitskreis	×	×	×	×	×			×		×	a) b)		Pflichttest nur bei Einstellung des fliegenden Personals
Dornier GmbH		×			×		×		×		×		×		×	Information erfolgt nur bei Auslandsreisen
Ford-Werke AG	×		Werkszeitg., Infos, pers. Gespräche		×		×		×		×		×	a) b)		Infos auch in Türkisch
Hertie GmbH	×		Info-Dienste, Info-Tafel		×		×		×		×		×	a) b)		
Hoechst AG	×		Info-Dienst, Seminare, gruppenspez. Beratung		×		×		×		×		×	b)		Testangebot nur bei eindeutiger arbeitsmed. Fragestellg.; gegen ungezielte Tests
Hoesch AG																
Hoffmann-La Roche AG	×		Broschüren, Plakate, Info-Veranstaltungen, Schulungen für Multiplikatoren		×		×	×			×		×	a) b)		auch Info-Mat. aus der Schweiz

Unternehmen/ Behörden	Informationen		Wie? Wer?	HIV-Test vor Einstellung		HIV-Pos. keine Einstellung		kostenloser HIV-AK-Test		HIV-Pos. keine Weiterbeschäftg.		Betriebsvereinbarung		Info-Material a) fremdes b) eigenes		Besonderheiten
	ja	nein		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Horten AG																
Karstadt AG		×			×		×		×		×		×		×	
Kaufhof AG		×			×		×		×		×		×	a)		Information für Mitarb. in Vorbereitung
Klöckner Stahl GmbH																
Krupp GmbH	×		Werksärzte, Betriebszeit., Vorträge		×		×		×		×		×	a) b)		Testangebot bei Auslandsreisen
Mannesmann AG	×		Betriebsärzte, Infos, Filme, Plakate, gruppenspez. Information		×		×		×		×		×	a) b)		Testangebot bei Auslandsreisen
Massa AG																
Merck	×		Betriebszeitung, Info-Schriften		×		× noch nicht genügend Erfahrung		×	Äußerung nicht möglich			×	a)		Testangebot bei Auslandsreisen
Messerschmidt-Bölkow-Blohm GmbH	×		Veranstaltungen für Multiplikatoren		×		×		×		×		×	a)		
Nixdorf AG		×			×		×		×		×		×		×	
Opel AG	×		Info-Mat., Multiplikatorenschulung		×		×		×		×		×	a)		
Philipp Holzmann AG																
Preussag AG		×			×		×		×		×		×	a)		Information nur i. R. der allg. Beratung
Rewe-Leibbrand	×		Info-Karten		×		×		×		×		×	a)		
Siemens AG	×		Betriebsärzte, zielgruppenspez. Information		×		×	×			×	×		a) b)		
Axel Springer Verlag																
SEL	×		Broschüren		×		×		×		×		×	a)		für Meldepflicht
Thyssen Stahl AG	×		Betriebsärtze, zielgruppenspez. Information		×		×	×			×		×	a) b)		Testpflicht vor Einst. nur für bes. Berufsgruppen, Ärzte, Sanitäter, Auslandsbeschäftigte
Volkswagen AG	×		Plakate, Werkzeitg., Merkblatt in Gehaltsbetr., Fortbildung für Multiplikatoren		×		×		×		×		×	a) b)		freiwilliger Test bei Auslandsreisen und werksärztlichem Dienst
Wacker GmbH	×		Info-Mat., Betriebsversammlungen		×		×	×			×		×	a)		
ZDF	×		Gesprächskreise, Infotage, Zusammenarb. mit BZgA		×		×	×			×		×	a) b)		

5.1.2.4 Präventionskonzepte in kleinen und mittleren Betrieben

Ein besonderes Problem der Erreichbarkeit stellt sich bei der Zielgruppe der kleinen und mittleren Betriebe. Da in vielen Fällen weder eine Arbeitnehmervertretung, ein betriebsärztlicher Dienst noch eine Personal- oder Sozialabteilung vorhanden ist, fehlen für die Träger von Präventionskampagnen bei den meisten dieser Betriebe zunächst die Ansprechpartner. Aus diesem Grunde bemühen sich seit geraumer Zeit viele Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern, Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Arbeitnehmer und Arbeitgeber, auch die kleineren Betriebe für das Thema „AIDS am Arbeitsplatz" zu sensibilisieren.

Der Erfolg dieser Kampagnen ist deshalb besonders wichtig, da die Mehrheit der Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland in kleinen und mittleren Betrieben beschäftigt ist. In diesen Betriebsformen ist der persönliche Kontakt zu Arbeitskollegen, oft auch die Solidarität, aber ebenso die soziale Kontrolle größer als in Großbetrieben. Beim Auftreten der ersten Verdachtsmomente oder Krankheitssymptome besteht deshalb die Gefahr der Isolierung und Diskriminierung. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, daß durch intensive Aufklärungsmaßnahmen das Nichtvorhandensein eines Risikos für eine HIV-Infektion am Arbeitsplatz allen deutlich gemacht wird. Geeignete Information ist Vorbedingung für solidarisches Verhalten und Integration.

Aufgrund der erst kurzfristig angelaufenen Bemühungen, diese Zielgruppe auch über persönliche Aufklärung zu erreichen, lassen sich bundesweit z. Z. weder quantitative noch qualitative Aussagen über den Erfolg der Präventionskampagne machen.

II. Auswertungen

Der Präventionsarbeit der Unternehmen kommt im Hinblick auf das sich eventuell verändernde gesamtgesellschaftliche Klima nach dem Auftreten von AIDS eine entscheidende Bedeutung zu. Es besteht in den Unternehmen im hohen Maße Gelegenheit, Solidarität und Mitmenschlichkeit zu fördern. Unternehmen, die im Umgang mit AIDS Solidarität und Integration zu realisieren versuchen, tragen im großen Umfang zum Erfolg der Prävention bei.

Mit Ausnahme von rechtlichen Maßnahmen, über deren Notwendigkeit die Kommission im 6. Kapitel, Unterabschnitt 6 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** dieses Berichts Aussagen getroffen hat, beschränkten sich die staatlichen, gesundheitspolitischen Einflußmöglichkeiten auf Unternehmen darauf, ihnen Angebote bereitzustellen.

Die unter 5.1.2.1 beschriebenen Aktivitäten der Bundesregierung, die über das Zurverfügungstellen von Broschüren hinausgehen, müssen als erste Schritte angesehen werden. Über deren Erfolg und die Notwendigkeit einer Erweiterung können derzeit aufgrund der noch sehr kurzen Laufzeit keine Aussagen gemacht werden. Entscheidend für den Erfolg der Aktivitäten ist sicherlich auch die Signalwirkung der öffentlichen gegenüber den privaten Unternehmen. Eine Intensivierung der Aufklärungsarbeit wäre deshalb in öffentlichen Unternehmen wünschenswert.

Berücksichtigt man, daß sich die privaten Unternehmen erst seit kurzer Zeit überhaupt mit dem Thema AIDS beschäftigen, scheint zumindest bei vielen Großunternehmen das Desinteresse einem hohen Maß an Verantwortungsbewußtsein und Engagement gewichen zu sein.

Das unter 5.1.2.3 beschriebene Ergebnis der Kommissionsumfrage, das zwar nicht als repräsentativ anzusehen ist, jedoch eine Tendenz aufzeigt, bestätigt, daß eine eindeutige Änderung der Unternehmenspolitik stattgefunden hat. Sowohl in ihrer Personalpolitik als auch hinsichtlich der Aufklärungsarbeit scheint die Mehrheit der großen privaten Unternehmen verantwortungsbewußt zu handeln.

Bei den Unternehmen, die ihren Beschäftigten einen kostenlosen HIV-Antikörpertest anbieten, muß eine vor- und nachgehende Testberatung sichergestellt sein. Nach Ansicht eines Teils der Kommission ist das Anbieten von Tests durch Arbeitgeber problematisch. Nach deren Auffassung gibt es genügend andere Stellen, bei denen Arbeitnehmer sich kostenlos und anonym nach einer vor- und nachgehenden Testberatung ggf. testen lassen können. Die Kommission verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Ausführungen im Kapitel „Primärprävention" des *Zwischenberichts* sowie auf das 2. Kapitel **Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten.**

Die Praxis der Lufthansa, die bei der Einstellungsuntersuchung des fliegenden Personals grundsätzlich die Vornahme eines HIV-Antikörpertests vorsieht, den Test aber im weiteren Verlauf der Beschäftigung nicht mehr vorschreibt, hält die Kommission für überdenkenswert. Dieses Vorgehen führt außerdem zu Diskriminierungen von HIV-Infizierten bei der Einstellung.

Die Lufthansa begründet die Testvornahme nicht mit dem Argument der Flugsicherheit (mögliche neurologische Ausfallerscheinungen bei symptomlos HIV-positiven Menschen), sondern mit der Notwendigkeit der Tropentauglichkeit des fliegenden Personals. Auf diesen Sachverhalt wird, auch unter Berücksichtigung anderer besonderer Berufsgruppen, im 6. Kapitel, Unterabschnitt 6 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** ausführlich eingegangen. Dort wird auch die Zulässigkeit des HIV-Antikörpertests bei besonderen Berufsgruppen im Hinblick auf mögliche neurologische Ausfallerscheinungen erörtert.

Sehr viel schwieriger als bei den großen Unternehmen läßt sich die AIDS-Beratung in kleinen Betrieben organisieren. Dies hat sowohl strukturelle als auch betriebswirtschaftliche Gründe. Einerseits fehlen den Beratungsinstitutionen häufig Ansprechpartner wie z. B. Betriebsräte, Personalverwaltungen oder Betriebsärzte. Andererseits argumentieren die Kleinunternehmer, daß die Arbeitsplanung eine Unterbrechung der Produktion nicht zulasse. Inwieweit das Beratungskonzept des BMJFFG, das besonders auch für Kleinbetriebe und mittelständische Unternehmen ausgearbeitet wurde und von der BZgA getragen wird, erfolgreich ist, läßt sich aufgrund der erst kurzen Laufzeit noch nicht evaluieren. Wichtig erscheint der Kommission jedoch, daß diese Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen auf jeden Fall fortgeführt werden.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten,

5.1.3.1

persönliche Aufklärungsmaßnahmen in allen Behörden und öffentlichen Unternehmen mit dem Ziel durchzuführen bzw. zu verstärken, Neuinfektionen zu vermeiden und Diskriminierungen zu verhindern. Die Kampagnen dürfen keine Einzelaktionen sein, sondern müssen sich in zeitlichen Abständen wiederholen;

5.1.3.2

in politischen Verlautbarungen und in der gesamten Aufklärung immer wieder darauf hinzuweisen, daß eine HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung im Arbeitsleben für andere keine Gefahr darstellt;

5.1.3.3

der Aufklärungsschwerpunkt „Arbeitswelt" mit dem Ziel zu verstärken, möglichst allen Betrieben in der Bundesrepublik Deutschland die Notwendigkeit von Aufklärungsmaßnahmen auch am Arbeitsplatz deutlich zu machen;

5.1.3.4

die ersten Erfahrungen der Aufklärungskampagne „Arbeitswelt" sind möglichst bald zu dokumentieren und auszuwerten;

5.1.3.5

die Aufklärungskampagnen in kleinen und mittleren Betrieben zu verstärken. Hierfür sind den Präventionsträgern weitere Finanzmittel zur Verfügung zu stellen;

5.1.3.6

die Großbetriebe in ihren Präventionsbemühungen mit Informationsmaterial weiterhin zu unterstützen. Da Betriebe in vielen Fällen auch selbsterstelltes Informationsmaterial verwenden, ist die Zweckmäßigkeit einer Koordinierungsstelle zu prüfen;

5.1.3.7

grundsätzlich in Verlautbarungen und in Gesprächen mit den Arbeitgeberverbänden immer wieder darauf hinzuweisen, daß in Betrieben, in denen Arbeitnehmern der HIV-Antikörpertest angeboten wird, das Prinzip der Freiwilligkeit und Anonymität zu gelten hat und daß bei Vornahme eines HIV- Antikörpertests eine vor- und nachgehende Testberatung als Präventionschance genutzt wird.

IV. Anhang

Muster einer Betriebsvereinbarung

Richtlinien zur Vorgehensweise bei Auftreten der Krankheit AIDS oder entsprechender Verdachtsmomente

I. Maßnahmen zur Vorbeugung und Erkennung einer HIV-Infektion

Grundsätzlich ist nach den heutigen Erkenntnissen mit einer Ansteckung mit HI-Viren im Rahmen der normalen beruflichen Tätigkeit nicht zu rechnen (anders gilt möglicherweise für den Gesundheitsdienst). Damit stellen auch HIV-infizierte oder AIDS-erkrankte Mitarbeiter im Betrieb für die anderen Mitarbeiter keine Gefährdung dar. An alle Maßnahmen zur Feststellung einer HIV-Infektion sind daher aus rechtlicher und personalpolitischer Sicht dieselben Anforderungen zu stellen wie bei anderen Infektionen ohne Meldepflicht; dies gilt besonders für die Einwilligung zur Durchführung der Tests und anderer Maßnahmen sowie für die Schweigepflicht von Betriebsärzten, SBK-Verwaltungsstellen und Sozialberatungen.

Im einzelnen sollte wie folgt verfahren werden:

1. Da die Aussagekraft eines negativen Testergebnisses einerseits keine dauerhafte Bedeutung hat, andererseits die Folgen eines positiven Testergebnisses bei Bekanntwerden für den Betroffenen u. U. erheblich sind, soll kein Mitarbeiter bei der Einstellung danach gefragt werden, ob bereits ein HIV-Antikörpertest durchgeführt wurde.

2. Im Rahmen arbeitsmedizinischer Versorgeuntersuchungen ist derzeit — auch für Mitarbeiter im Betriebsärztlichen Dienst — ein HIV-Antikörpertest weder durch Vorschriften der Berufsgenossenschaften noch durch andere Rechtsvorschriften vorgesehen.

3. In Verbindung mit Einstellungsuntersuchungen werden keine HIV-Antikörpertests durchgeführt. Nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Erkenntnisse gibt es keinen Arbeitsplatz, der zum Ausschluß eines HIV-Infizierten führen kann.

4. Bei Auslandsentsendungen von Mitarbeitern muß geprüft werden, ob ein positives Testergebnis nicht zum Ausschluß von der vorgesehenen Entsendung führt. Hierfür können rechtliche Gründe wie z. B. Einreiseverbote oder medizinische Gesichtspunkte wie zusätzliche gesundheitliche Belastungen durch Impfungen maßgebend sein.

5. Der HIV-Antikörpertest soll als Leistung des Betriebsärztlichen Dienstes Mitarbeitern oder einzustellenden Bewerbern nur auf freiwilliger Basis angeboten und nur auf deren ausdrücklichen Wunsch durchgeführt werden. In diesen Fällen kann der Betriebsarzt den Test veranlassen. Auch jede andere Hilfe im Rahmen ärztlichen Handelns soll gewährt werden.

6. Jedem HIV-Antikörpertest muß ein den Umständen Rechnung tragendes ärztliches Aufklärungsgespräch vorangehen. Mögliche Konsequenzen eines positiven Tests sollten dabei angesprochen werden.

7. Die Einwilligung zur Durchführung des HIV-Antikörpertests muß dokumentiert und zu den ärztlichen Akten genommen werden.

8. Innerbetriebliche Informationen zu AIDS sind zweckmäßig und sollten der Versachlichung des Themas dienen. Informationsmaterial (z. B. Faltblätter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) können über die Betriebsärztlichen Dienststellen, die Sozialberatungen, die SBK-Verwaltungsstellen oder den Betriebsrat ausgegeben werden. Vor allem die Auszubildenden und die ins Ausland zu entsendenden Mitarbeiter sollten in geeigneter Form auf die besondere Gefährdung hingewiesen werden.

9. Alle Erste-Hilfe-Kästen sind zusätzlich mit Einmalhandschuhen auszustatten. Beatmungsmasken zur Mund-zu-Mund-Beamtung sollten in solchen Kästen bereitgestellt werden, die an Orten mit besonderen Gefahrenschwerpunkten (Elektro- oder Cyanunfälle) angebracht sind. Die Ersthelfer sind im Rahmen der Erste-Hilfe-Ausbildung mit den im Betrieb verwendeten Beatmungsmasken vertraut zu machen.

II. Maßnahmen bei Auftreten einer HIV-Infektion

Die Infektion mit HI-Viren ist von einer AIDS-Erkrankung zu unterscheiden. Die (bloße) Infektion läßt keine sicheren Rückschlüsse auf den Zeitpunkt und die Art des Ausbruchs einer AIDS-Erkrankung zu. Der HIV-infizierte Mitarbeiter wird daher in der Regel seine bisherige Tätigkeit in vollem Umfang ausüben können.

Insgesamt gibt es somit z. Z. keine Gründe, HIV-infizierte Mitarbeiter bezüglich ihres Verbleibens am Arbeitsplatz anders zu behandeln als Mitarbeiter mit anderen Erkrankungen.

1. Im Zusammenhang mit AIDS ist derzeit keine besondere arbeitsmedizinische Fragestellung erkennbar; als medizinisches und psychosoziales Problem stellt sich das Auftreten der Krankheit aber allen Ärzten und Sozialberatungen. Damit kommt den Betriebsärzten und Sozialberatungen ggf. eine Verpflichtung zur Mitwirkung insbesondere bei der Aufklärung und Beratung in dem Umfang zu, wie es für alle Erkrankungen, die lebensbedrohend sind, gilt.

2. Ob und inwieweit eine bloße HIV-Infektion besondere Maßnahmen am Arbeitsplatz erfordert, um Betroffene vor zusätzlichen Beanspruchungen zu schützen, ist derzeit noch nicht ausreichend erforscht. Die betriebsärztliche Fachkommission für Tropen- und Infektionskrankheiten wird neue Erkenntnisse der Wissenschaft und Praxis beobachten und zur Verfügung stellen.

III. Maßnahmen bei AIDS-erkrankten Mitarbeitern

Eine akute AIDS-Erkrankung zeigt kein einheitliches Krankheitsbild. Meist verläuft sie jedoch in mehreren Stufen, so daß der erkrankte Mitarbeiter zwischenzeitlich seine Tätigkeit, ggf. eingeschränkt, wieder aufnehmen kann. Da sich der erkrankte Mitarbeiter in der Obhut des behandelnden Arztes befindet, werden Betriebsarzt und andere betriebliche Stellen im Rahmen arbeitsmedizinischer Fragestellungen ergänzend und unterstützend tätig. Wie bei anderen Krankheiten mit latentem, nicht zu ständiger Arbeitsunfähigkeit führendem Verlauf, ist nach den jeweiligen Möglichkeiten für eine Verringerung der individuellen Beanspruchung am Arbeitsplatz Sorge zu tragen wie z. B. leichtere, zeitlich eingeschränkte Tätigkeit, Umsetzung oder besondere Rehabilitationsmaßnahmen.

Das Infektionsrisiko durch AIDS-erkrankte Mitarbeiter ist derzeit nicht anders zu bewerten als während der Phase der bloßen HIV-Infektion; aus dieser Sicht sind daher Maßnahmen bezüglich des Arbeitsplatzes ebenfalls nicht erforderlich.

Betriebsärzte und Sozialberatungen erhalten ergänzende Hinweise für ihre Tätigkeit, sofern diese für die Betreuung bestimmter Mitarbeiter z. B. bei Auslandsentsendungen, erforderlich sind. Betriebsärzte und Sozialberatungen stehen als Ansprechpartner für alle betrieblichen Stellen bei besonderen Fragestellungen zum Thema AIDS zur Verfügung. Wenn bekannt wird, daß ein Mitarbeiter HIV-positiv ist, sollte in enger Zusammenarbeit der betrieblichen Stellen (Betriebsarzt, Vorgesetzter, Sozialberatung, Betriebsrat) alles daran gesetzt werden, eine Ausgrenzung zu verhindern.

Angesichts der Schwere der Erkrankung und der derzeit immer noch ungünstigen Prognose sollte alles getan werden, um den Betroffenen in sozialer Verantwortung ihr Schicksal zu erleichtern.

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 2: Prävention bei der Bundeswehr und im Zivildienst

I. Bestandsaufnahme

5.2.1 Ausgangssituation/Zielsetzung

Geht man davon aus, daß die Weiterverbreitung der Infektionskrankheit AIDS nur durch ein Höchstmaß an Information der Bevölkerung eingedämmt oder verhindert werden kann, so bietet eine Organisationsstruktur wie die der Bundeswehr oder des Zivildienstes ideale Voraussetzungen für Präventionskampagnen wie sie im *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission „AIDS" bereits beschrieben wurden. Nirgends in der Bundesrepublik Deutschland ist das Umsetzen von persönlicher Information und Beratung organisatorisch so leicht möglich. Im folgenden sollen die Maßnahmen, die das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und das Bundesamt für Zivildienst (BAZ) ergreifen, dargestellt und auf ihre Wirkung hin untersucht werden. In diesem Zusammenhang muß noch einmal betont werden, daß AIDS kein spezifisches Problem der Bundeswehr oder des Zivildienstes ist, sondern ein Problem unserer Gesellschaft.

5.2.2 Maßnahmen der Bundeswehr

Die Bundeswehr beschäftigt sich seit 1985 intensiv mit der Prävention von AIDS. Es wurde u. a. die Frage diskutiert, ob ein Pflichttest bei Soldaten zulässig sei. Nach dem Wehrpflichtgesetz muß ein Soldat eine Blutentnahme im Rahmen der Feststellung der Wehrdienstfähigkeit nur dann dulden, wenn sie hierfür unabdingbar erforderlich ist.

Bei der Beantwortung der Frage der Wehrdienstfähigkeit HIV-infizierter Soldaten ohne klinische Symptome seien vier Kriterien wesentlich gewesen:

— Besteht eine Gefahr für Nichtinfizierte beim engen Zusammenleben mit Infizierten in der Gemeinschaft?

— Ist die Feststellung des Serostatus zur Seuchenprävention erforderlich, denn nur zur Verhütung von Seuchen müßte der Soldat eine Blutentnahme hinnehmen?

— Besteht eine Gefahr für den HIV-Infizierten, durch wehrdienstspezifische Belastungen vorzeitig zu erkranken und damit gesundheitlichen Schaden zu nehmen?

— Besteht eine Gefahr für die Sicherheit der Bundeswehr im Sinne der Tauglichkeit, d. h., kann es z. B. bei HIV-infizierten Piloten zu neurologischen Frühkomplikationen kommen, die sie selbst oder andere gefährden?

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien geht das BMVg davon aus, daß in der Bundeswehr insoweit

nichts anderes gilt als in anderen Gesellschaftsbereichen. Die Bundeswehrführung ist daher der Meinung, daß allein das Zusammenleben in der soldatischen Gemeinschaft kein Risiko einer HIV-Infektion in sich birgt und deshalb unter dem Gesichtspunkt der Seuchenprävention eine Pflichttestung nicht zu verlangen ist.

Auf der Grundlage aller bisherigen Erkenntnisse kam im Oktober 1988 die außerordentliche Vollversammlung des Wehrmedizinischen Beirates zu dem Schluß, daß die Tauglichkeit von symptomlos HIV-infizierten Soldaten für den Wehrdienst nicht eingeschränkt ist. Die Bundeswehr verfolgt daher das Konzept der breiten AIDS-Aufklärung und eines freiwilligen Testangebotes, das zur Zeit ca. 50 % der Rekruten annehmen.

Diese ungewöhnlich hohe Bereitschaft von Rekruten, das Testangebot anzunehmen, beruht womöglich nicht nur auf Einsicht in Sinn und Nutzen der Befunderhebung, sondern ist auch mit dem besonderen Gewaltverhältnis zu erklären, in das junge Menschen beim Eintritt in die Bundeswehr geraten, und das eine Verweigerung eines noch dazu kostenlosen Angebotes, das oftmals gar nicht als Angebot, sondern als Anweisung verstanden werden mag, nicht geraten erscheinen läßt.

Auch für die Piloten der Bundeswehr gibt es keine Verpflichtung, sich einen HIV-Antikörpertest zu unterziehen. Die Bundeswehr geht davon aus, daß bei den regelmäßig stattfindenden Untersuchungen der Piloten (z. B. psychologische Tests, EEG, Simulationsflüge) eventuell HIV-bedingte neurologische Frühsymptome (z. B. psychophysische oder psychomentale Leistungsausfälle) erkannt werden.

5.2.2.1 Aufklärungsstrategien der Bundeswehr

Das BMVg hat frühzeitig erkannt, daß innerhalb der Bundeswehr für die AIDS-Aufklärung besonders gute Voraussetzungen bestehen. Es gibt pro 800 Soldaten einen Truppenarzt, der meist wenig älter als die Wehrpflichtigen ist. Weiterhin besteht die Möglichkeit, Unterricht und Unterrichtsthemen sowie die Verwendung von bestimmten Informationsmaterialien anzuordnen.

Im Jahre 1986 wurden daher in einem ersten Schritt die Truppenärzte mit dem Ziel des Erwerbs von Eigen- und Multiplikatorenkompetenz geschult. Diese regionalen Fortbildungsveranstaltungen für Truppenärzte werden auch jetzt noch in regelmäßigen Abständen abgehalten.

Seit März 1987 ist durch eine Weisung des Generalinspekteurs der Bundeswehr sichergestellt, daß alle Soldaten in kleinen Gruppen (höchstens 30 Mann) in einem 90minütigen Unterricht von einem Truppenarzt über AIDS informiert werden. Der hierfür erstellte Lernzielkatalog beschränkt die Aufklärung nicht nur auf technische Verhütungsmaßnahmen, sondern betont ausdrücklich die individuelle Verantwortung für sich und andere. Inhalt der Unterweisung sind Bedeutung und Implikationen positiver und negativer Testbefunde, darunter auch die diagnostische oder serologische Lücke, die nach der Bekanntgabe eines negativen Testergebnisses besteht. Grundsätzlich ist festgelegt, daß der Unterricht nicht frontal abgehalten, sondern unter Zuhilfenahme von Unterrichtsmaterialien wie Videofilmen, Broschüren und Plakaten eine breite Diskussion zum Ziel haben soll.

Neben diesem 90minütigen Unterricht und der vor kurzem erstellten Broschüre „Soldiers do it safer", die in einer klaren und deutlichen Sprache zur Aufklärung der Soldaten beiträgt, hat die Bundeswehr auch die Verfügbarkeit von technischen Schutzmöglichkeiten vor einer HIV-Infektion sichergestellt. Hierzu gehört insbesondere die Möglichkeit, Kondome in Bundeswehrkantinen kaufen zu können. Wasserlösliche Gleitmittel sind dort noch nicht erhältlich.

5.2.2.2 Der HIV-Antikörpertest

Seit 1985 wird in der Bundeswehr der HIV-Antikörpertest auf freiwilliger Basis mit dem Ziel angeboten, daß sich möglichst viele Soldaten in bundeswehreigenen Einrichtungen auf HIV-Antikörper testen lassen. Der Test wird aus Kostengründen in bundeswehreigenen Einrichtungen durchgeführt. Mit Ausnahme des Betroffenen und des Truppenarztes erhält niemand Kenntnis vom Testergebnis.

Das Testangebot richtet sich seit dem 3. Quartal 1988 besonders an Grundwehrdienstleistende, die aufgefordert werden, sich zu überlegen, ob sie sich nicht im Rahmen der Blutgruppenbestimmung, die in den ersten Wochen des Grundwehrdienstes erfolgt, auch einem HIV-Antikörpertest unterziehen wollen. Sie erhalten vor der Testvornahme ein Merkblatt ausgehändigt, das Präventionshinweise bei einem negativen Testergebnis enthält, in dem aber auch deutlich gemacht wird, welche Konsequenzen ein positives Testergebnis für das eigene Verhalten haben muß. Außerdem wird auf die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch den Truppenarzt hingewiesen. Diejenigen, die mit der Vornahme eines HIV-Antikörpertests einverstanden sind, haben dies schriftlich zu erklären. Nach Aussage des BMVg konnte bisher aus organisatorischen Gründen nicht sichergestellt werden, daß der oben beschriebene Unterricht regelmäßig vor der Durchführung des HIV-Antikörpertests stattfindet. Häufig geht deshalb die routinemäßige Untersuchung und das damit verbundene Testangebot diesem Unterricht voraus.

Wie aus der nachfolgenden Tabelle zu ersehen ist, hat seit 1985 die Zahl der Bundeswehrangehörigen, die auf HIV-Antikörper getestet wurden, zunächst zugenommen.

Um möglichst falsch-positive oder falsch-negative Ergebnisse auszuschließen, werden in den Instituten der Bundeswehr Kontrolltests vorgenommen, d. h. an zwei ELISA-Tests schließen sich ein Immunfluoreszenztest und dann ein Western Blot an. Das Problem der auch bei technisch absolut perfekter Handhabung nicht zu vermeidenden falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnisse wird in der Bundeswehr als nicht gravierend angesehen.

HIV-Tests/HIV-Infizierte in der Bundeswehr
Beginn: 6/85; Stand 31. Dezember 1989

Jahr	1985	1986	1987	1988	1989	Summe
Blutspende	24 000	46 000	48 000	46 000	41 000	205 000
Freiw. Test*	6 600	13 300	15 100	76 000	58 250	169 250
Summe	30 600	59 300	63 100	122 000	99 250	374 250
HIV-Infiz.	14	32	19	12	17	94
LAS	9	12	6	6	5	38
AIDS	1	2	3	2	2	10
Summe	24	46	28	20	24	142

Bisher 5 Todesfälle bekannt.
* (seit 4/1988 auch bei Blutgruppenbestimmung angeboten)

5.2.2.3 Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen für HIV-Positive

Grundsätzlich gilt für HIV-positive Bundeswehrangehörige, daß die ärztliche Schweigepflicht gerade im Zusammenhang mit der HIV-Infektion besonders strikt beachtet wird. Dies bedeutet im einzelnen, daß die Personalführung von einem positiven Testergebnis keine Kenntnis erhält. Das gilt auch für Wehrpflichtige, die einen Antrag auf Übernahme in ein Zeit- und Berufssoldatenverhältnis gestellt haben. Der Truppenarzt darf bei seiner Begutachtung nicht erwähnen, daß der Antragsteller HIV-positiv ist.

Die Betreuung der HIV-Positiven findet durch den Truppenarzt und in regelmäßigen Abständen in den Bundeswehrkrankenhäusern statt. Weiterhin werden zur psychosozialen Beratung und Betreuung Militärpfarrer sowie die lokalen Institutionen wie ADIS-Hilfen und Sozialdienste herangezogen.

Auf die Wehrdienstfähigkeit hat die Phase der Symptomlosigkeit keine Auswirkungen. Auf Antrag wird dem Soldaten jedoch die Möglichkeit eröffnet, die Bundeswehr unter Angabe persönlicher Härtegründe zu verlassen. Von Wehrpflichtigen wurde dieses Angebot in der Vergangenheit mehrfach angenommen, Zeit- oder Berufssoldaten machten von der Möglichkeit der Entlassung bisher keinen Gebrauch.

5.2.2.4 Situation in den Bundeswehrkrankenhäusern

Durch Erlaß ist festgelegt, daß eine Testung auf HIV-Antikörper bei Neuaufnahmen in Krankenhäusern der Bundeswehr nicht statthaft ist. Auch eine routinemäßige Einverständniserklärung, z. B. als Anlage zur Hausordnung, ist unzulässig.

Für den Schutz des Sanitätspersonals gelten die allgemeinen Hygieneregeln, bei deren Beachtung nach Auffassung der Bundeswehr weder für die Patienten noch für das Krankenhauspersonal eine erhöhte Infektionsgefahr besteht.

5.2.3 Aufklärung und Beratung von Zivildienstleistenden

Für den Bereich des Zivildienstes ist eine alle Diensttuenden erfassende Beratung viel schwerer um- bzw. durchzusetzen als bei der Bundeswehr. Lediglich auf die Zivildienstschulen hat das BAZ einen direkten, kontrollierenden Einfluß. Die Einwirkungsmöglichkeiten auf die Einsatzstellen der Zivildienstleistenden haben eher Appellcharakter. Dies hat vor allem organisatorische Gründe, da durch die auf regionaler Ebene breitgestreuten Zivildienststellen die unmittelbaren Zugriffsmöglichkeiten des BAZ beschränkt sind.

Die Aufklärung und Beratung der Zivildienstleistenden wurde bis 1988 direkt von den im „Großmodell Gesundheitsämter" beschäftigten AIDS-Fachkräften in einer 1½ stündigen Unterrichtseinheit an den Zivildienstschulen vorgenommen. Aufgrund der zeitlichen Überforderung führen seit 1988 die AIDS-Fachkräfte in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Kommunikation in gewissem Umfang Multiplikatorenschulung durch, d. h. die Dozenten der Zivildienstschulen übernehmen nach entsprechender Fortbildung die Aufklärungs- und Beratungsarbeit teilweise selbst.

Hiermit wird jedoch nur ein Teil der Zivildienstleistenden erfaßt, denn nur rund die Hälfte aller Zivildienstleistenden werden in Einführungslehrgängen in Zivildienstschulen auf ihren Dienst vorbereitet. Hierzu gehören vor allem diejenigen, die später im unmittelbaren Dienst am Menschen tätig sind. Ab 1992 soll organisatorisch gewährleistet sein, daß alle Zivildienstleistenden vor ihrem Dienstantritt die Zivildienstschulen besuchen können. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zivildienststellen besonders gefordert, Aufklärung und Beratung sicherzustellen. Hierzu liegt entsprechendes Informationsmaterial bereit, das den Zivildienstleistenden zugänglich gemacht werden soll. Auf die Intensität der Information und Beratung durch die Zivildienststellen besteht von seiten des BAZ jedoch nur wenig Einflußmöglichkeit, ihm ist jedoch bekannt, daß große Zivildienststellen, z. B. Kliniken, eigene Informationsveranstaltungen anbieten sowie Informationsmaterial ausgeben.

Der HIV-Antikörpertest wird im Rahmen der freien Heilfürsorge durch frei praktizierende Ärzte den Zivildienstleistenden kostenlos angeboten. Einen Überblick über die Anzahl derjenigen, die dieses Angebot wahrnehmen, hat das BAZ nicht. Gleichfalls kann auch nicht nachgeprüft werden, inwieweit eine vor- und nachgehende Testberatung durch den Arzt stattgefunden hat.

Bei Bekanntwerden eines positiven Testergebnisses — in den letzten vier Jahren waren dies lediglich acht Fälle — bestimmt sich die Tauglichkeit nach denselben Richtlinien, die auch für die Bundeswehr gelten. Grundsätzlich ist der Zivildienstleistende voll diensttauglich. Auf Antrag hat er jedoch unter Angabe persönlicher Härtegründe die Möglichkeit, aus dem Dienstverhältnis entlassen zu werden, wobei der Zivildienstleistende gegenüber dem BAZ nachweispflichtig ist.

Eine Beschreibung und Wertung des Projekts AIDS und Bundeswehr des BMJFFG in Zusammenarbeit mit dem BMVg befindet sich im 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS,** Unterabschnitt 1 Punkt 7.1.1.6.

II. Auswertungen

5.2.4 Maßnahmen der Bundeswehr

Bei der Beurteilung der Präventionsmaßnahmen der Bundeswehr läßt sich die Kommission von den im Kapitel Primärprävention des *Zwischenberichts* aufgestellten Kriterien leiten. Hierzu gehört u. a., daß Neuinfektionen vorrangig nicht mit seuchenrechtlichen Maßnahmen zu verhindern sind, sondern die persönliche Beratung mit dem Ziel der Verhaltensänderung in Risikosituationen im Mittelpunkt der Präventionsmaßnahmen stehen muß. Der Beratungsinhalt sollte das Ziel der informierten Solidarität sein, um somit der Benachteiligung und Diskriminierung von Betroffenen vorzubeugen, das bedeutet auch, daß bei einem positiven Testergebnis die Anonymität grundsätzlich gewährleistet sein muß.

Legt man diese Kriterien zugrunde, so kann die AIDS-Politik des BMVg grundsätzlich als positiv angesehen werden. Die aufgestellten Kriterien hinsichtlich der Folgen für Betroffene bei einem positiven Testergebnis schließen Benachteiligungen aus: Die Wehrdienstfähigkeit wird nicht in Frage gestellt, die Weiterbeschäftigung von Zeit- und Berufssoldaten wird garantiert, die Anonymität wird strikt gewahrt.

Positiv hervorzuheben ist auch das Beratungskonzept der Bundeswehr, das in einem ersten Schritt eine sorgfältige Schulung der Truppenärzte als Multiplikatoren vorsah und seit März 1987 die Beratung in Kleingruppen vorschreibt. Der didaktische Aufbau des Lernzielkatalogs stellt unter Zuhilfenahme zahlreicher Unterrichtsmaterialien sicher, daß nicht nur die Verhütung der Krankheit AIDS im Mittelpunkt steht, sondern auch die individuelle Verantwortung jedes einzelnen betont wird.

Hinsichtlich der Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Positiven wird sowohl auf die medizinische als auch die psychosoziale Betreuung Wert gelegt. Hierzu gehört auch die enge Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Selbsthilfeorganisationen.

Im Gegensatz zu der noch immer üblichen Praxis einiger Krankenhäuser ist in Bundeswehrkrankenhäusern die Testung auf HIV-Antikörper bei Neuaufnahmen untersagt. Dies schließt auch eine routinemäßige Einverständniserklärung mit ein.

Die Mehrheit der Kommission hat im *Zwischenbericht,* Kapitel Primärprävention, ihre Haltung dahingehend dargelegt, daß bei Einhaltung der allgemeinen Hygiene- und Unfallverhütungsvorschriften weder zum Schutz des Krankenhauspersonals noch der Patienten bei Neuaufnahmen die grundsätzliche Vornahme eines HIV-Antikörpertests notwendig ist.

Die Kommission relativiert diese Aussage insofern, daß im Bereich der Krankenversorgung die Hygienevorschriften nicht immer beachtet werden und auch nicht immer eingehalten werden können. Jedoch auch bei deren Einhaltung können Infektionsrisiken nicht ausgeschlossen werden. Das Risiko einer akzidentiellen Inokulation besteht unabhängig davon, ob ein Patient getestet ist oder nicht.

Die äußerst geringe Anzahl von Eingaben der Soldaten über die Aufklärungs-, Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen, die bisher beim Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages eingegangen sind, kann als Beleg für die Akzeptanz der getroffenen Maßnahmen angesehen werden. Dies gilt auch für die Durchführung des freiwilligen, anonymen HIV-Antikörpertests.

Unterschiedlich wird in der Kommission der Sinn des Testangebotes bei der Bundeswehr bewertet. Während ein Teil[1]) der Kommission sowohl aus epidemiologischen als auch präventionspolitischen Gründen das Ziel, möglichst viele Soldaten auf HIV-Antikörper testen zu lassen, für begrüßenswert hält, ist ein anderer Teil[2]) der Kommission der Auffassung, daß die massenhafte Vornahme des HIV-Antikörpertests bei Soldaten präventionspolitisch von geringem Wert ist oder sogar antipräventiv wirkt.

Des weiteren wird von einem Teil[3]) der Kommission kritisiert, daß mit dieser Testvornahme in großen Gruppen mit sehr niedriger HIV-Prävalenz falsch-positive bzw. falsch-negative Testergebnisse vorprogrammiert seien.

Der andere Teil[4]) der Kommission hält diese Aussage wissenschaftlich für falsch. Mit ihr werde der Eindruck erweckt, die Genauigkeit des Tests schwinde für das getestete Individuum bei niedriger HIV-Prävalenz und bei großer Testhäufigkeit.

Zur Problematik des Einsatzes des Tests wird auf das 2. Kapitel **Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten** verwiesen. Einig ist sich die Kommis-

[1]) Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Zöllner

[2]) Becker, Bruns, Riehl, Rosenbrock, Abg. Voigt (CDU/CSU), Abg. Großmann (SPD), Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Pick (SPD), Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN)

[3]) Becker, Bruns, Riehl, Rosenbrock, Gallwas, Abg. Großmman (SPD), Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Voigt (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Pick (SPD), Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN)

[4]) Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Zöllner

sion darin, daß das Testangebot zeitlich der Unterrichtung über AIDS durch den Truppenarzt nachfolgen sollte. Erst dann kann von der Erfüllung der Voraussetzung des informierten Konsenz ausgegangen werden. In jedem Fall darf der Test nur auf freiwilliger Basis durchgeführt werden.

Die Kommission stellt fest, daß das BMVg im Hinblick auf § 7 Abs. 1 Nr. 3 des Soldatengesetzes dem HIV-Antikörpertest als Einstellungsvoraussetzung keine Bedeutung beimißt. Der HIV-Antikörpertest als Einstellungsvoraussetzung von Beamten wird im 6. Kapitel, Unterabschnitt 7 **Öffentliches Dienstrecht und AIDS** näher erörtert.

Weiterhin stellt die Kommission fest, daß im Falle einer HIV-Infektion bei Soldaten kein Versuch unternommen wird, die Infektionsquelle abzuklären. Zur Frage des Contact tracing allgemein wird im 6. Kapitel, Unterabschnitt 2 **Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben** Stellung genommen.

Zu Ende der Beratung der Kommission wurden § 3 und § 37 des Soldatengesetztes angesprochen (Eignungsvoraussetzung, Homosexualität). Die Problematik konnte aus Zeitgründen nicht eingehend beraten werden. Daher wird die Empfehlung an die Bundesregierung gegeben, diese Fragen eingehend zu prüfen mit dem Ziel, Diskriminierung zu vermeiden.

5.2.5 Aufklärung und Beratung von Zivildienstleistenden

Die Präventionspolitik des BAZ ist ebenfalls auf Beratung, eigenverantwortliches Handeln und Schutz vor Diskriminierung ausgerichtet. Dies bedeutet, daß auch symptomlos HIV-positive Zivildienstleistende die Möglichkeit haben, ihren Dienst weiter zu versehen.

Wie allen Bundeswehrangehörigen wird auch allen Zivildienstleistenden der HIV-Antikörpertest kostenlos angeboten. Die Anonymität des Testergebnisses ist schon dadurch gesichert, daß für den Zivildienstleistenden das Recht auf freie Arztwahl besteht und der Arzt an seine Schweigepflicht gebunden ist.

Für nicht ausreichend hält die Kommission das Beratungsangebot des BAZ. Es ist schnellstens sicherzustellen (und dies nicht nur aus Gründen der AIDS-Prävention), daß der Einführungslehrgang, in dem heute eine qualitativ gute Beratung stattfindet, für alle Zivildienstleistenden als Pflichtlehrgang eingeführt wird. Außerdem sind schnellstens Curricula zu entwickeln, die die Dienststellen — nach entsprechender Multiplikatorenschulung — in die Lage versetzen, die z. Z. bestehenden Beratungslücken zu schließen. Das Bereitstellen von Informationsmaterial als Handreichung sieht die Kommission nicht als ausreichend an.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

BUNDESWEHR

5.2.6.1

dafür Sorge zu tragen, daß das Angebot an die Soldaten, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, auf jeden Fall zeitlich der Unterrichtung über AIDS durch den Truppenarzt nachfolgt;

5.2.6.2

bei vorhergehender Beratung und vor der Testvornahme nachdrücklich und deutlich darauf hinzuweisen, daß der HIV-Antikörpertest ausschließlich freiwillig ist;

5.2.6.3

ein Konzept zu erarbeiten, um die Wehrpflichtigen vor Abschluß ihres Wehrdienstes ein weiteres Mal über die HIV-Infektion und die Wege, sich davor zu schützen, aufzuklären;

5.2.6.4

die Handhabungen und Auswirkungen des Tests in der Bundeswehr wissenschaftlich zu untersuchen, insbesondere zu prüfen, ob bei großer Gruppe und niedriger Prävalenz eine erhebliche Zahl von falsch-positiven oder falsch-negativen Testergebnissen zu erwarten steht und damit der prädiktive Wert des Tests absinkt;*)

ZIVILDIENST

5.2.6.5

sicherzustellen, daß den Dienststellen Lehr- und Anschauungsmittel — nach entsprechender Multiplikatorenschulung — zur Verfügung gestellt werden, um die zur Zeit noch bestehenden Beratungslücken zu schließen;

5.2.6.6

sicherzustellen, daß die Einführungslehrgänge in den Zivildienstschulen, in denen heute eine qualitativ gute Beratung stattfindet, für alle Zivildienstleistenden verpflichtend sind;

5.2.6.7

ein Konzept zu erarbeiten, um die Zivildienstleistenden vor Abschluß ihres Dienstes ein weiteres Mal über die HIV-Infektion und die Wege, sich davor zu schützen, aufzuklären.

---

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 361

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 3: Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis

Im folgenden Abschnitt geht es um die AIDS-Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis. Die Kommission ist sich der Problematik bewußt, die dann entsteht, wenn sich Politiker und Wissenschaftler mit ihren eigenen, kulturell geprägten Wahrnehmungs-, Sprach- und Werturteilsmustern über ein so sensibles Thema wie die Sexualität von Menschen aus einem anderen Kulturkreis äußern: Allzuleicht können dabei Mißverständnisse, Vorurteile und Empfindlichkeit mobilisiert werden.

Die Kommission hat versucht, diesen Gefahren durch Beiziehung von Sachverständigen aus dem islamischen Kulturkreis und durch besondere sprachliche Aufmerksamkeit vorzubeugen. Sollten sich im folgenden gleichwohl Aussagen finden, die dem Selbstbild und den Gefühlen der angesprochenen ausländischen Mitbürger zuwiderlaufen, so bittet die Kommission um Nachsicht und zugleich um das Vertrauen, daß der Text ausschließlich mit dem Vorsatz der Verhütung von HIV-Infektionen und damit des Gesundheitsschutzes verfaßt worden ist.

Einleitung

Die Mehrheit der bisher von der HIV-Infektion betroffenen Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland ist kulturell und sprachlich weitgehend integriert, so daß besondere Maßnahmen zur AIDS-Aufklärung und -Prävention für die ausländischen Mitbürger, deren Herkunftsländer im europäisch-christlichen Kulturkreis liegen, nicht vorrangig sind. Häufig ist die Sprachbarriere bei Jugoslawen, Italienern, Spaniern und Griechen so weit abgebaut, daß sie von der Aufklärung in deutscher Sprache erreicht werden.

Es muß hervorgehoben werden, daß die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer nicht zu den Hauptbetroffenengruppen zählen. Selbst in Frankfurt/Main, einer Stadt mit hohem Ausländeranteil (ca. 23%), liegt die Zahl der gemeldeten HIV-positiven Ausländer, gemessen am Bevölkerungsanteil, weit unter dem Durchschnitt, wobei diejenigen aus den hauptsächlichen „Gastarbeiterländern", wie Italien, Spanien, Portugal, Griechenland, Türkei und Jugoslawien noch einmal deutlich unterrepräsentiert sind.

Besondere Probleme im Bereich der AIDS-Aufklärung treten jedoch bei Ausländern aus dem islamischen Kulturkreis auf. Wichtige Einzelgruppen sind hier Türken und Marokkaner. Aus diesem Grund sollen beispielhaft auch für andere ausländische Mitbürger islamischen Glaubens die besonderen Schwierigkeiten, die sich bei der AIDS-Prävention sowohl aus sprachlichen Gründen als auch aus der islamischen Tradition heraus ergeben, dargestellt werden. Unter Berücksichtigung der Heterogenität der genannten Bevölkerungsgruppen soll hier auf die typische Situation des „Gastarbeiters" eingegangen werden, da es in der Regel bei Akademikern vergleichbare Informations- und Isolationsprobleme nicht gibt. Ausländischer Arbeitnehmer islamischen Glaubens und ihre Familien benötigen aufgrund soziokultureller Unterschiede, einer häufig vorhandenen Sprachbarriere sowie der Verwurzelung in traditionellen islamischen Lebensvorstellungen eine spezifische Aufklärung und Beratung.

I. Bestandsaufnahme

5.3.1 Ausgangslage

Die Gesamtzahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer wird im Statistischen Jahrbuch 1989 (Stichtag 31. Dezember 1988) mit 4 489 200 angegeben. Darunter stellen die Türken mit ca. 1,48 Mio. vor den Jugoslawen mit 597 000 und den Italienern mit 544 000 die größte Gruppe dar.

Aus der nachfolgenden Tabelle (Stand 31. Dezember 1987) lassen sich das Geschlecht, die Altersgruppe, der Familienstand und die Aufenthaltsdauer der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Türken und Marokkaner ablesen.

Gegenstand der Nachweisung	Staatsangehörigkeit	
	Türkei	Marokko
männlich	841 200	33 958
weiblich	640 200	21 859
Alter von... bis... Jahre		
0—15	444 300	20 424
15—18	109 900	3 347
18—21	97 800	2 237
21—35	354 700	10 249
35—65	496 700	19 191
65 und älter	5 000	369
ledig	818 400	34 129
verheiratet	645 100	21 145
verwitwet/geschieden	17 900	543
Aufenthalt von... bis... Jahre		
unter 1	55 800	3 844
1— 6	199 300	14 636
6—10	347 500	13 582
10—20	804 000	19 178
20 und mehr	74 800	4 577

5.3.1.1 Traditionell islamische Vorstellungen von Moral, Sexualität, Ehe und Familie

Aufgrund ihrer gemeinsamen Zugehörigkeit zum islamischen Kulturbereich besitzen Türken und Marokkaner ähnliche, allerdings nicht identische moralische Leitlinien für ihre Lebensgestaltung. In Bezug auf die AIDS-Prävention sind in diesem Zusammenhang die folgenden Einstellungen und Haltungen bedeutsam: Das Gebot ehelicher Treue für beide Geschlechter, ein sehr striktes Gebot vorehelicher Keuschheit für junge Mädchen, eine ambivalente Einstellung zur Prostitution sowie eine starke gesellschaftliche Tabuisierung der männlichen Homosexualität. Schon die Übertragung unseres Begriffes von Homosexualität auf den arabisch-islamischen Kulturraum ist problematisch. Man trennt dort offenbar nicht zwischen homo- und heterosexuellen Männern, sondern zwischen Männer, die Frauen und/oder Männer penetrieren (insertiv) und Männern, die sich von anderen Männern penetrieren lassen (rezeptiv). Nur die letzte Gruppe von Männern wird als eigentlich homosexuell angesehen; gegen sie bestehen starke Vorurteile in der Gesellschaft.

Die traditionelle islamische Gesellschaft regelt die Beziehungen zwischen Mann und Frau in Form relativ strikter Rollenzuweisung. Vor- und außereheliche Sexualkontakte sind verboten. Hierin könnte eine gewisse „AIDS-Resistenz" gesehen werden. Die Ehe ist der legitime Rahmen für die freie Entfaltung der Sexualität, der der Islam durchaus positiv gegenübersteht. Diese Regel gilt theoretisch für Männer gleichermaßen wie für Frauen. Das Keuschheitsgebot wird aber relativ streng nur von den Frauen eingehalten.

5.3.1.2 Besonderheiten bei Türken

Die Sprachbarriere, die kulturellen Unterschiede und die Vorurteile der deutschen Bevölkerung besonders gegenüber Ausländern des islamischen Kulturkreises, die bis zur Ausländerfeindlichkeit reichen, sind Ursache und Folge der Ghettoisierung der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Türken, aber auch der betonten Zugehörigkeit zu einem anderen Lebenskreis nach außen hin. Sie sind weitgehend isoliert von der deutschen Gesellschaft, pflegen aber meist regen Kontakt untereinander. Der starke Gemeinschaftssinn fördert den Erhalt ihrer ursprünglichen Lebensformen um so mehr, als sie oft einer bäuerlichen Gesellschaft entstammen, deren feste Normen und Werte kaum an Gültigkeit eingebüßt haben. Sie halten fest an ihren überlieferten Bräuchen, Moralvorstellungen und Werturteilen. Diese sind in unterschiedlichem Ausmaß traditionell islamisch geprägt.

Das Religionsverständnis der Türken und dessen Ausübung muß jedoch differenziert gesehen werden. So gibt es die orthodoxen Muslime, die sich strikt an religiöse Verhaltensregeln halten. Andere wiederum sind in der Befolgung von religiösen Ge- und Verboten nicht allzu streng. Doch ist bei vielen, unabhängig von ihrer Frömmigkeit, das Festhalten an traditionellen Normen zu beobachten, insbesondere in Bezug auf die Erziehung der Kinder. Die erste Generation, die, gestärkt durch ihre oft negativen Erfahrungen, Begegnungen mit Deutschen nicht wahrgenommen hat oder nicht wahrnehmen konnte, hat zunehmend Angst davor, ihre Kinder „an die deutsche Gesellschaft zu verlieren". Die Folge dieser Angst ist nicht selten die Verstärkung des restriktiven Erziehungsstiles.

Die zweite und dritte Generation der ausländischen Mitbürger grenzt sich nicht gleichermaßen von der deutschen Gesellschaft ab. Sie hat dadurch aber zum Teil erhebliche Identitätsprobleme, die zu Schwierig-

keiten bei der Persönlichkeitsentwicklung führen können.

5.3.1.2.1 Türkische Frauen

Türkische Frauen haben, im Gegensatz zu den türkischen Männern, bei vor- und außerehelichen Sexualkontakten in der Regel Sanktionen ihrer Familie zu befürchten. In den meisten Fällen unterstehen die Mädchen und Frauen bis zur Heirat dem Gebot der Jungfräulichkeit. Diese moralische Vorschrift bis zur Verehelichung führt häufig zu gravierenden psychischen und sozialen Konflikten, sie kann jedoch in Bezug auf die HIV-Infektion als Schutzfaktor angesehen werden.

Promiskuität ist bei türkischen Frauen selten, wobei zu berücksichtigen ist, daß sich das Verständnis von Sexualität und Ehe schon bei der zweiten Generation der ausländischen Arbeitnehmer und deren Kindern allmählich ändert. In den Fällen jedoch, in denen bei emanzipierten türkischen Frauen vorehelicher Sexualkontakt stattgefunden hat, ist dieser in der Regel als Beginn einer festen Bindung anzusehen. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nur wenige weibliche türkische Prostituierte.

5.3.1.2.2 Türkische Männer

Obwohl der Islam auch Männern den außerehelichen Sexualkontakt verbietet, gibt es nur wenige türkische Männer, die ohne voreheliche sexuelle Erfahrungen heiraten. Letztere werden als wichtige Bedingung für die Anerkennung als Mann angesehen und von der Gruppe gleichaltriger Männer, aber auch von der Generation der Väter gefördert. Voreheliche Bordellbesuche junger Männer haben auch die Funktion, Gewißheit über die eigene sexuelle Potenz zu erlangen.

Das eigentliche Problem der Ausbreitung der HIV-Infektion innerhalb der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden türkischen Bevölkerungsgruppe muß darin gesehen werden, daß türkische Männer, oft aus finanziellen Gründen, die Billigprostitution frequentieren. Der hohe Prozentsatz von i.v.-drogenabhängigen Prostituierten in diesem Kreis und die Unkenntnis der türkischen Männer über die Notwendigkeit, Kondome zu benutzen, muß als größte Gefahrenquelle für die Ausbreitung der HIV-Infektion bei den in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Türken angesehen werden. Die Unkenntnis über die Verwendung eines Kondoms bzw. „männlicher" Stolz sind Ursachen dafür, daß türkische Freier häufig keine Kondome benutzen.

5.3.1.2.3 Homosexualität

Die islamische Morallehre lehnt die Homosexualität ab. Aus Angst vor Entlarvung und der daraus folgenden gesellschaftlichen Stigmatisierung bekennen sich homosexuelle türkische Männer nicht zu ihrer sexuellen Neigung. In der Türkei, aber auch in der Bundesrepublik Deutschland, fehlt aus diesem Grunde eine offen sichtbare türkische Homosexuellenszene.

5.3.1.2.4 Türkische Strichjungen

Vor allem in großen Städten gibt es jugendliche türkische Strichjungen. Es wird zum Beispiel von seiten der Frankfurter Polizei angegeben, daß von ca. 500 in Frankfurt erfaßten Strichjungen etwa 80 türkischer Nationalität sind. Zudem wird aufgrund einer hohen Mobilität eine beträchtliche Dunkelziffer angenommen.

Die männliche Prostitution scheint eine Methode des schnellen Geldverdienens bei türkischen Jugendlichen zu sein, die an Wochenenden aus zum Teil weit entfernten Orten zu diesem Zweck in Großstädte reisen. Möglicherweise spielt bei dieser Form der männlichen Prostitution die Tatsache eine Rolle, daß viele türkische Jugendliche keinen Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz haben, aber auch, daß es in türkischen Familien weitgehend unüblich ist, seinen heranwachsenden Kindern ein Taschengeld zu geben, so daß Wege zum schnellen Gelderwerb gesucht werden.

5.3.1.2.5 I.v. Drogengebrauch

Der i.v. Drogengebrauch unter den türkischen Jugendlichen und Erwachsenen ist sehr selten. Anzeichen deuten jedoch darauf hin, daß er zunimmt. Als psychosoziale Hintergrundfaktoren für die Drogensucht unter türkischen Jugendlichen werden von Drogenberatern genannt: Identitätsprobleme (das Phänomen, zwischen zwei Stühlen zu sitzen), Schulprobleme und damit einhergehende hohe Arbeitslosigkeit, Desillusionierung.

5.3.1.2.6 Export der Infektion

Ein potentiell gefährlicher epidemiologischer Weg ist die Weitergabe der HIV-Infektion durch in Deutschland allein lebende infizierte türkische Familienväter während ihres Urlaubs in der Türkei. Schutzmaßnahmen, Verwendung von Kondomen oder eine Aufklärung der Ehefrauen in der Türkei sind kaum praktikabel. Im Fall des Bekanntwerdens einer HIV-Infektion kann es aufgrund mangelnder Information zu zurückweisenden Reaktionen der türkischen Großfamilie bis hin zur Verstoßung kommen.

5.3.1.3 Besonderheiten bei Marokkanern

Die meisten marokkanischen Männer kamen Ende der 60er Jahre in die Bundesrepublik Deutschland und gehören der Volksgruppe der Berber an. Der Nachzug der Familien erfolgte erst etwa 10 Jahre später.

Wie bei den türkischen Mitbürgern hat die erste Generation der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Marokkaner nur wenig Kontakt zu Deutschen

und ist auch aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse privat weitgehend unter sich. Hinzu kommt, daß die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Marokkaner über weniger Kommunikationsmedien verfügen als andere ausländische Bevölkerungsgruppen. So gibt es weder marokkanische Rundfunksendungen noch Zeitungen in ihrer Sprache. Im privaten Bereich werden religiöse Begegnungsstätten oft in Anspruch genommen, so daß für diese Menschen ihre Religion zu einem wichtigen Identitätsfaktor wird.

Nur etwa 30 — 50% der Marokkaner der zweiten Generation sind in der Bundesrepublik Deutschland geboren oder kamen in einem Alter, in dem ihnen ein lückenloser Anschluß an das deutsche Schulsystem möglich war. Hiervon hängen jedoch weitgehend der Erfolg in der Schule und gute Berufschancen ab. Der Großteil der Marokkaner der zweiten Generation ist ohne Schulabschluß und hat darum nur geringe Chancen, einen qualifizierten Beruf zu erlernen. Die Kinder bzw. Jugendlichen lernen hier meist weder Arabisch noch Französisch; eine Reintegration in Marokko ist deshalb kaum möglich.

5.3.1.3.1 Moralvorstellungen

Für religiöse Marokkaner sind außereheliche Sexualkontakte nicht erlaubt. Besonders für marokkanische Frauen haben die strengen Grundsätze des traditionellen Islams auch in der Bundesrepublik Deutschland weiterhin ihre Gültigkeit. Sie sind deshalb, ähnlich wie die türkischen jungen Frauen, weitgehend ungefährdet. Voreheliche Kontakte von jungen Marokkanerinnen der zweiten und dritten Generation beschränken sich im wesentlichen auf den Verlobten.

Söhne werden dagegen freizügiger erzogen und dürfen z. B. auch deutsche Freundinnen haben. Bei Marokkanern der zweiten und dritten Generation dienen voreheliche Sexualkontakte auch zur Bestätigung ihres Selbstbewußtseins.

5.3.1.3.2 Homosexualität

Auch die marokkanischen Männer richten sich — zumindest in der Öffentlichkeit — nach den islamischen Moralgrundsätzen die Homosexualität untersagen. Andererseits gibt es einen Sextourismus von Deutschen nach Marokko, in erster Linie mit homosexueller Ausrichtung.

Darüber hinaus gibt es in der Bundesrepublik Deutschland in vielen größeren Städten — ähnlich wie bei türkischen Jugendlichen — marokkanische Strichjungen. In diesen Kreisen marokkanischer Jugendlicher bestehen oftmals erhebliche Beziehungen zur Drogenszene.

5.3.2 Prävention der HIV-Infektion für in der Bundesrepublik Deutschland lebende ausländische Mitbürger am Beispiel der Türken und Marokkaner

Die Kommission hat sich dafür entschieden, am Beispiel der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden türkischen und marokkanischen Mitbürger sowohl die Notwendigkeiten und Schwierigkeiten der AIDS-Aufklärung bei Menschen islamischen Glaubens aufzuzeigen, als auch — darüberhinaus — an diesem Beispiel die Notwendigkeiten und Schwierigkeiten nationalitäts- und kulturbereichsspezifisch, also zielgruppenspezifischer Prävention zu benennen. Die ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens benötigen aufgrund soziokultureller Unterschiede zur deutschen Bevölkerung, den häufig vorhandenen Sprachbarrieren sowie einer Orientierung an traditionellen islamischen Lebensvorstellungen eine besondere Aufklärung. Voraussetzung für eine wirksame Prävention ist, daß die Aufklärung von Personen der eigenen Nationalität vorgenommen wird sowie Frauen von Frauen und Männer von Männern beraten werden. In der von Männern geprägten und dominierten islamischen Gesellschaftsordnung gilt es als äußerst anstößig, wenn Frauen vor Männern über sexuelle Fragen reden. Auch Ärztinnen riskieren gegebenenfalls ihren Ruf, wenn sie vor männlichen Laien über Sexualthemen sprechen.

5.3.2.1 Der Informationsstand über AIDS

Die Kenntnisse über das AIDS-Risiko scheinen unter Türken sehr gering zu sein. Umfragen bei niedergelassenen türkischen Ärzten belegen, daß nur etwa 5% der türkischen Patienten, die mit einer venerischen Infektion zum Arzt kamen, die Frage nach einer etwaigen Infektion mit dem HI-Virus stellten. In türkischen Kreisen wird offensichtlich das AIDS-Risiko weitgehend mit Homosexualität und diese wiederum mit passivem Analverkehr gleichgesetzt.

Andere Möglichkeiten der Ansteckung, wie heterosexuelle Kontakte, häufiger Partnerwechsel, Kontakte mit intravenös drogenbenutzenden Frauen, sind als potentielle Risikosituationen nahezu unbekannt oder werden nicht für möglich gehalten. Andererseits besteht auch eine große Unkenntnis über die nicht vorhandenen Gefahren bei alltäglichen sozialen Kontakten.

Der Wissensstand der marokkanischen Mitbürger über die HIV-Infektion bzw. über AIDS ist sehr mangelhaft. Dieser vergleichsweise wenig organisierten Gruppe fehlt es an brauchbaren Kommunikationsmedien. AIDS wird als Produkt der deutschen Gesellschaft angesehen, in der sexuelle Anarchie herrsche, wobei diese Auffassung sie darin bestärkt, an den eigenen traditionellen Werten festzuhalten.

Bei marokkanischen Mädchen und Frauen stellt die Sprachbarriere ein noch größeres Präventionshindernis als bei den Männern dar. Die starke Einbindung in die Großfamilie auch in der Bundesrepublik Deutschland führt zu Unselbständigkeit, die in der Regel auch das Erlernen der deutschen Sprache verhindert.

5.3.2.2 Probleme der Informationsvermittlung

Die bislang für türkische Mitbürger vorhandene Aufklärungsbroschüre der Deutschen AIDS-Hilfe (Stand 4/87) halten viele türkische Ärzte aufgrund von unklaren Formulierungen bzw. dem nur generellen Betonen des Schutzes durch Kondombenutzung für überarbeitungsbedürftig. Es müßten eine gezielte Werbung für die Benutzung und die genauen Anwendungsregeln für Kondome in einer solchen Broschüre enthalten sein.

In enger Zusammenarbeit mit türkischen Experten hat das BMJFFG Anfang 1990 eine Aufklärungsschrift für türkische Jugendliche und ihre Familien herausgebracht, die erstmals den speziellen kulturellen Hintergründen und Lesegewohnheiten der Zielgruppe Rechnung zutragen versucht. Es bleibt abzuwarten, wie dieses Faltblatt akzeptiert wird.

Als ungeeignet haben sich Informationsbroschüren erwiesen, die den homosexuellen Aspekt überbetonen und dagegen die für die Gruppe der Moslems besonders relevanten heterosexuellen Kontakte und den Drogenaspekt vernachlässigen.

Im personalkommunikativen Bereich sind die moralischen Grundsätze besonders zu beachten. So wird bereits von sehr vielen türkischen Eltern der Sexualkundeunterricht in der Schule als äußerst anstößig für ihre Kinder angesehen. Eine AIDS-Aufklärung, die naturgemäß Jugendliche und jüngere Erwachsene besonders ansprechen soll, muß so angelegt sein, daß auch nicht gefährdete Eltern miteinbezogen werden.

Noch stärker stellt sich das Informationsproblem für die marokkanischen Mitbürger in der Bundesrepublik Deutschland. Die arabische Übersetzung einer Aufklärungsbroschüre der AIDS-Hilfe ist für sie meist unlesbar, erst recht für die Jüngeren, die in der Bundesrepublik Deutschland aufgewachsen sind und neben deutsch nur die Sprache ihrer jeweiligen Herkunftsorte (meist Berbersprachen) gelernt haben. Aufklärung ist bislang ausschließlich über Dolmetscher möglich, wobei erfahrungsgemäß viele Informationen verlorengehen oder unrichtig gewichtet werden.

Eine gute Resonanz kann auch eine anonyme Telefonberatung von Türken durch türkisch sprechende Experten haben; wichtig ist dabei eine neutrale, sachliche, nicht moralisierende Informationsvermittlung.

5.3.2.3 Präventionsträger

Die Aufklärungarbeit für Ausländer aus anderen Kulturkreisen steht zur Zeit deshalb vor großen Schwierigkeiten, da die Träger der Prävention oder diejenigen, die die Informationen vermitteln, in der Regel Deutsche sind. Eine Aufklärungsarbeit ausschließlich von Deutschen für Ausländer aus anderen Kulturkreisen ist jedoch zum Scheitern verurteilt, wenn die Präventionsbotschaften nur in die fremde Sprache übersetzt werden.

Im übrigen muß die Aufklärungsarbeit durch nicht staatliche Stellen geleistet werden. Offiziellen staatlichen Stellen, wie Ausländerämtern, Einwohnermeldeämtern oder Gesundheitsämtern wird aus Angst vor etwaiger Ausweisung aus der Bundesrepublik Deutschland erhebliches Mißtrauen entgegengebracht. Das Angebot einer personalkommunikativen Beratung durch Deutsche in diesen Ämtern ist deshalb weitgehend zum Scheitern verurteilt. Lediglich das Angebot von Informationsbroschüren, in denen auch von Ausländern akzeptierte Ansprechpartner benannt sind, kommt für diese offiziellen staatlichen Stellen in Frage.

5.3.2.3.1 Träger der Prävention für türkische Mitbürger

Geeignete Orte für die AIDS-Aufklärung von Türken sind Kaffeehäuser, Beratungszentren, deutsche Kulturvereine, türkische Sportvereine und Deutschkurse. An diesen Stellen ist es nicht nur sinnvoll, Aufklärungsbroschüren zu verteilen, sondern es hat sich auch gezeigt, daß Aufklärung und Beratung im personalkommunikativen Bereich möglich ist, wenn diese von türkischen Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern bzw. von Ärzten und Ärztinnen getrennt nach Geschlecht vorgenommen werden. Auch die Einbeziehung des Imam in die AIDS-Aufklärung ist anzustreben. In einigen Fällen ist dies bereits gelungen. Bei türkischen Strichjungen ist eine Aufklärung wohl nur durch türkische Streetworker erfolgversprechend.

5.3.2.3.2 Träger der Prävention für marokkanische Mitbürger

Begegnungsstätten wie Freundschafts- und Kulturvereine, Moscheen und ähnliches bieten sich für die direkte Ansprache z. B. durch die Person eines marokkanischen Sozialarbeiters an. Diese und andere Multiplikatoren, wie etwa Lehrer, können für die Aufklärung von Marokkanern einen wesentliche Beitrag leisten. Sie sind wichtige Vertrauenspersonen für die Marokkaner. Vor allem Jugendliche, die sich aus Unsicherheit über ihr eigenes Verhalten genauer informieren wollen, finden in ihnen Ansprechpartner. Deutsche Aufklärungsbroschüren können diese Jugendlichen in der Regel nicht verstehen, auch können sie auf arabische Exemplare wegen fehlender Arabischkenntnisse nicht zurückgreifen.

5.3.2.4 Aufklärungs- und Beratungsprojekt der Bundesregierung „AIDS-Prävention bei Mitbürgern aus der Türkei"

Den besonderen Schwierigkeiten in der AIDS-Beratung und -Betreuung türkischer Mitbürger beabsichtigt die Bundesregierung mit einem im September 1989 angelaufenen Projekt Rechnung zu tragen. Das Präventionsprojekt, das vom Land Berlin initiiert wurde, wendet sich an die Gruppe der türkischsprachigen Bevölkerung (allein in Berlin über 100 000 Menschen) und soll bis 1991 laufen. Als Gesamtkosten wurden 1,6 Mio. DM veranschlagt, wobei sich das BMJFFG mit 462 000,— DM beteiligt. Die darüber hinausgehenden Kosten werden vom Landesinstitut für Tropenmedizin, Berlin, getragen.

Das Modellprojekt sieht vor, AIDS-Präventionskonzepte für

- junge türkische Männer, die sexuelle Erfahrungen in der Regel bei Prostituierten sammeln,
- Ehemänner, die ohne ihre Familie in der Bundesrepublik Deutschland leben und ebenfalls zur Kundschaft von Prostituierten gehören,
- türkische Strichjungen,
- homosexuelle Türken,
- türkische Fixer,
- türkische Prostituierte sowie
- die Partnerinnen der genannten Männer zu entwickeln.

Dies soll über die Einrichtung einer zentralen, mobilen, nicht offiziellen oder staatlich wirkenden Beratungsstelle geschehen, die überwiegend mit türkischen Mitarbeitern besetzt ist und in Zusammenarbeit mit türkischen Verbänden, Vereinen usw.arbeitet. Darüber hinaus soll spezielles Informationsmaterial entwickelt werden.

Von den 5 Mitarbeitern, (eine Ärztin, ein Arzt, eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter und ein Psychologe), die hauptamtlich in dem Berliner Projekt beschäftigt sind, werden drei Stellen aus Bundesmitteln finanziert. Träger der Beratungsstelle soll eine unter Türken erfahrene und anerkannte Institution werden.

Neben der Präventionsarbeit soll die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts sichergestellt werden. Die hierfür vorgesehene halbe Mitarbeiterstelle wird durch Kürzung der vom Bund finanzierten Stellen des Sozialarbeiters sowie des Psychologen um je 10 Wochenstunden finanziert.

5.3.3 Diskriminierungserfahrungen

Zu den Diskriminierungen, die auch bei Deutschen relevant sind, kommen bei Betroffenen aus dem islamischen Kulturkreis zusätzlich noch solche durch die Großfamilie beim Bekanntwerden der HIV-Infektion bzw. der AIDS-Erkrankung hinzu.

Als schlimmste Diskriminierung wird in Kreisen von Ausländern die Tatsache gewertet, bei Bekanntwerden einer HIV-Infektion ausgewiesen zu werden, vorausgesetzt, daß sie kein dauerndes Aufenthaltsrecht haben bzw. nicht in anderer Weise vor Ausweisung geschützt sind. Die Rückreise in das Heimatland verbietet sich in der Regel allein deswegen, weil die Infektion entweder mit der gesellschaftlich nicht tolerierten Homosexualität oder mit strafwürdigem i.v. Drogengebrauch in Verbindung gebracht wird und allein schon daher oft eine Bedrohung für den Infizierten im Heimatland darstellt.

II. Auswertungen

5.3.4 Handlungsbedarf

5.3.4.1 Ausgangslage

Eine unerläßliche Voraussetzung für eine wirksame Prävention ist, daß sich das Konzept an den realen Lebensbedingungen der Adressaten zu orientieren hat. Dies bedeutet, daß der jeweilige Ansprechpartner und die Ansprechsituation, aber auch Medien und Sprache, vertraut sein müssen bzw. als vertrauenswürdig gelten.

Legt man dies bei der Beurteilung der AIDS-Prävention für die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens zugrunde, so ist festzustellen, daß bei der Aufklärungsarbeit zum Thema AIDS vieles zu revidieren bzw. nachzuholen ist. Bei den bisher veröffentlichten Informationsmaterialien handelt es sich hauptsächlich um deutsche Texte, die in andere Sprachen übersetzt wurden, ohne die Unterschiede und Besonderheiten des jeweiligen Kulturkreises zu berücksichtigen. Selbst dann, wenn eine Anpassung versucht wurde, richtet sie sich nur an die Allgemeinbevölkerung in dem Bestreben, möglichst viele Menschen anzusprechen. Für die differenzierte Ansprache von Frauen und Männern und die unterschiedlichen Hauptbetroffenengruppen fehlen spezielle Aufklärungsmaterialien und -strategien völlig.

5.3.4.2 Der Informationsstand über AIDS

Aufgrund fehlender Aufklärungsstrategien für ausländische Mitbürger aus dem islamischen Kulturkreis sind ihre Kenntnisse über AIDS als unzureichend anzusehen. Obwohl die bei uns lebenden Menschen aus dem islamischen Kulturkreis insgesamt weniger als die allgemeine deutsche Bevölkerung betroffen sind, leben viele islamische Männer aufgrund ihrer bereits beschriebenen Situation durchaus nicht risikolos. Es ist deshalb erforderlich, daß schnellstmöglich folgende Informationen vermittelt werden:

- Wie und wo kann man sich informieren und beraten lassen?
- Was ist AIDS für eine Krankheit? Wie gefährlich ist sie?
- Wie kann man sich anstecken? Wer ist gefährdet?
- Was sind „HIV-Antikörpertests" und was sagen sie aus?
- Wo kann man sich (ggf. anonym) testen lassen?

- Wo gibt es türkisch sprechende Ärzte, die mit der Thematik vertraut sind?
- Wie kann man sich schützen und Gefährdungen vermeiden?
- Welches Verhalten ist ungefährlich?
- Wie begegnet man Infizierten und Kranken?
- Wie sollten sich Infizierte verhalten? Was können sie tun?

5.3.4.3 Probleme der Informationsvermittlung

Da bestimmte Ausländergruppen sehr schwer über die deutschen Medien erreichbar sind und die bisher vorhandenen Beratungsstellen schon wegen mangelnder Sprachkenntnisse weitgehend ausscheiden, kommt Broschüren, Ton- oder Bildträgern für die Ausländeraufklärung besondere Bedeutung zu. Wegen der häufig fehlenden Gesprächsmöglichkeiten — auch unter Landsleuten — müssen diese Medien ausführlich informieren.

Bei der Aufklärungsarbeit müssen die Moralvorstellungen der jeweiligen Heimatgesellschaft mitberücksichtigt werden. Dies gilt sowohl bei dem Erstellen von Informationsmaterial als auch im personalkommunikativen Bereich. Das bedeutet, daß unter Berücksichtigung der traditionellen islamischen Vorstellungen von Moral, Sexualität, Ehe und Familie die Informationsmedien so gestaltet sein müssen, daß sie sich jeweils gezielt an einzelne Gruppen wie Männer, Frauen, Homosexuelle und Stricher wenden.

Unabdingbar für eine erfolgreiche Beratung ist, daß die Aufklärungsarbeit bei Frauen nur durch Frauen und bei Männern nur durch Männer erfolgt. Genaue Kenntnisse des islamischen Kulturkreises sind ebenso erforderlich wie das Beherrschen der Landessprachen. Beratungsgespräche mit islamischen Frauen unter Einschaltung einer Dolmetscherin sind problematisch, denn aufgrund der Tabuisierung der Sexualität ist für ein erfolgreiches Beratungsgespräch eine besondere Vertrauensbasis notwendig. Dies ist jedoch nur schwer herzustellen, wenn die Gesprächspartner sich nicht unmittelbar verständigen können.

Für türkische und marokkanische Männer mit homosexuellem Verhalten gilt, daß sie die Probleme des Schutzes vor der HIV-Infektion beim Analverkehr nicht mit ihren Landsleuten besprechen können. Die Frage, welche Kondome und welche Gleitmittel benutzt werden sollen, muß ausreichend beantwortet werden. Dabei reicht nicht der Hinweis, daß es sich um wasserlösliche Gleitmittel handeln muß, denn dies setzt die Fähigkeit voraus, in einer deutschen Apotheke und in deutscher Sprache über wasserlösliche Gleitmittel überhaupt reden zu können. Es müssen also Markennamen erwähnt werden.

5.3.4.4 Träger der Prävention

Der sorgfältigen Auswahl der Präventionsträger, also der Gruppen, die die Beratung und Betreuung organisieren, kommt gerade in bezug auf die ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens eine entscheidende Bedeutung zu. Es müssen für die verschiedenen Kulturkreise und innerhalb dieser für die unterschiedlichen Zielgruppen Aufklärungsstrategien entwickelt und umgesetzt werden. Dabei sind gesellschaftliche Tabus mitzuberücksichtigen, was jedoch nicht dazu führen darf, tabuisierte Bereiche aus der Aufklärungsarbeit auszuklammern. Es ist vielmehr erforderlich, daß die betroffenen Gruppen der einzelnen Kulturen in die Arbeit mit einbezogen werden. Eine ausschließliche Aufklärungsarbeit durch Deutsche für Ausländer aus anderen Kulturkreisen ist zum Scheitern verurteilt, da Aufklärungsarbeit in fremden Kulturkreisen keine Übersetzung der deutschen Aufklärungsbemühungen sein kann.

Präventionsprogramme können dann erfolgreich sein, wenn sie die gesellschaftlichen Strukturen der ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens nutzen. Es wäre deshalb sinnvoll, geeignete ausländische Mitbürger beiderlei Geschlechts, wie Ärzte, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Lehrer, aber auch Geistliche dahingehend fortzubilden, um in Kaffeehäusern, Beratungszentren und Kultur- und Sportvereinen als Multiplikatoren wirken zu können. Es bietet sich an, hierbei auch Tonband- und Videokassetten einzusetzen. Die Multiplikatorenschulung könnte in Zusammenarbeit mit Trägern der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführt werden, die ohnehin bereits in der Ausländerarbeit tätig sind und somit einen besseren Zugang zu den ausländischen Mitbürgern haben. Hinsichtlich des Beitrages der Deutschen AIDS-Hilfe muß bedacht werden, daß die vielen Aktivitäten der Deutschen AIDS-Hilfe für homosexuelle Männer das Risiko beinhalten, Vorurteile bei orthodoxen Muslimen zu provozieren.

Um eine Verhaltensänderung bei den Strichern zu bewirken, ist der Einsatz von ausländischen Streetworkern dringend erforderlich.

5.3.4.5 AIDS-Präventionsprojekt der Bundesregierung

Das im September 1989 angelaufene Projekt AIDS-Prävention bei Mitbürgern aus der Türkei der Bundesregierung zielt nur auf die in der Stadt Berlin lebenden türkischen Mitbürger ab. Die Kommission hält die Konzeption des Modells für richtig und eine Ausweitung auf andere Ballungsgebiete in der Bundesrepublik Deutschland sowie weitere Nationalitäten aus dem islamischen Kulturkreis wie Marokkaner, Iraner, Araber, Afghanen, Äthiopier und Pakistanis für dringend erforderlich.

5.3.5 Diskriminierungsprophylaxe

Informationsmaterialien und Beratungen müssen so gestaltet werden, daß sie auch einer Diskriminierung durch die eigene ethnische Gruppe entgegenwirken. Aufklärung und Beratung müssen hierbei das Ziel verfolgen, den traditionsgemäß engen Zusammenhalt der Großfamilie positiv zu nutzen. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß die Moralvorstellungen dieser Großfamilie von uns hinzunehmen sind.

Erfolgreiche Aufklärung setzt gegenseitige Akzeptanz der Gesprächspartner voraus. Die Mehrzahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer, die nicht aus den Staaten der Europäischen Gemeinschaft kommen, haben das Gefühl, von den Deutschen nicht akzeptiert, sondern nur geduldet zu werden. Neben der alltäglichen Diskriminierung, die diese ausländischen Mitbürger bei uns erfahren können oder zu erfahren glauben, steht oft die Angst, aus der Bundesrepublik Deutschland ausgewiesen zu werden. Diese Angst ist auch im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit AIDS manifest.

Im 6. Kapitel, Unterabschnitt 10 **Ausländerrecht und AIDS** ist die Rechtslage beschrieben, die eine Ausweisung eines in der Bundesrepublik Deuschland lebenden Ausländers aus einem Nicht-EG-Staat aufgrund einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung de facto nur in besonderen Ausnahmefällen zuläßt. Das Ausländerrecht räumt jedoch den Behörden in ihrer Entscheidung einen erheblichen Ermessensspielraum ein, der zu der oben erwähnten starken Verunsicherung der ausländischen Mitbürger führt. Bei der Ermessensentscheidung sind die Lage des Betroffenen in seinem Heimatland, vor allem seine Integrationschancen zu berücksichtigen.

Um unbegründete Ängste abzubauen, ist es deshalb notwendig, einerseits in Informationsmaterialien die Rechtssituation darzustellen, andererseits in die personalkommunikative Beratung eine Rechtsberatung, vorbehaltlich einer behördlichen Erlaubnis, mit einzuschließen.

Wünschenswert wäre, wenn es auf Länderebene zu einheitlichen Ausführungsbestimmungen des Ausländerrechts zumindest im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit AIDS kommen würde.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, unter dem Hinweis, daß die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen aus dem islamischen Kulturkreis nicht zu den Hauptbetroffenengruppen zählen, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten:

5.3.6.1

bei Aufbau und dauerhafter Förderung einer gruppenspezifischen Aufklärung für Personen aus dem islamischen Kulturkreis die ethischen, sprachlichen, soziokulturellen und religiösen Belange der jeweiligen Gruppe zu berücksichtigen;

5.3.6.2

verbesserte Aufklärungsmaterialien in ausländischen Sprachen zu erarbeiten, die die Besonderheiten des jeweiligen Kulturkreises berücksichtigen und in differenzierter und gezielter Form jeweils Frauen und Männer sowie Hauptbetroffenengruppen ansprechen;

5.3.6.3

Ton- und Bildträger zu erarbeiten, die einerseits ausführlich informieren, andererseits aber auch die Moralvorstellungen der jeweiligen Heimatgesellschaft mitberücksichtigen;

5.3.6.4

bundesweit eine Telefonberatung für Menschen aus dem islamischen Kulturkreis aufzubauen;

5.3.6.5

für die Präventionsprogramme die gesellschaftlichen Strukturen der ausländischen Mitbürger islamischen Glaubens zu nutzen. In Zusammenarbeit mit außerstaatlichen Trägern sollen geeignete ausländische Mitbürger beiderlei Geschlechts, wie Ärzte, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Lehrer, aber auch Geistliche, zu Multiplikatoren fortgebildet werden. Dabei soll sichergestellt werden, daß in der späteren Aufklärungsarbeit Frauen durch Frauen und Männer durch Männer beraten werden;

5.3.6.6

den dringend erforderlichen Einsatz von ausländischen Streetworkern sicherzustellen, um eine Verhaltensänderung bei ausländischen Strichern zu bewirken;

5.3.6.7

das in Berlin angelaufene Beratungs- und Betreuungsmodell auf alle Ballungsgebiete in der Bundesrepublik Deutschland auszuweiten. Neben den Türken sind auch weitere Nationalitäten aus dem islamischen Kulturkreis in das Projekt mit einzubeziehen;

5.3.6.8

in den Informationsmaterialien auch die Rechtssituation darzustellen, um einer Diskriminierung oder einer Angst vor Ausweisung aufgrund einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung entgegenzuwirken. Ferner soll geprüft werden, ob die persönliche Beratung auch eine Rechtsberatung mit einschließen kann;

5.3.6.9

zu beachten, daß der erhebliche Ermessensspielraum, den das Ausländerrecht den Behörden bei der Entscheidung über eine Ausweisung zubilligt, zu einer starken Verunsicherung der ausländischen Mitbürger führt. Bei der Ermessensentscheidung ist die Lage des Betroffenen in seinem Heimatland, vor allem seine Integrationschancen zu berücksichtigen;

5.3.6.10

im Zusammenhang mit AIDS soll es auf Länderebene zu einheitlichen Ausführungsbestimmungen zu kommen.

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 4: Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung und chronisch psychisch Kranken

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland leben derzeit etwa 300 000 Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer angeborenen oder erworbenen geistigen Behinderung. Diese reicht von eingeschränkter Lernfähigkeit bis zu schwersten Ausprägungen und Erscheinungsformen ohne Sprachverständnis.

Das Fehlen oder der Verlust geistiger Fähigkeiten, wie Erkennen von Sinnzusammenhängen, Abstraktion, Konzentration, Merk- und Kombinationsfähigkeit, kann auch die Folge psychotischer Erkrankungen oder geistiger Abbauvorgänge sein. Dazu zählen unter anderem schwere Verläufe einer Schizophrenie, aber auch Epilepsie und Endstadien von Suchtkrankheiten. Dieser Personenkreis wird im folgenden unter chronisch psychisch Kranke zusammengefaßt. Ihre Anzahl wird auf etwa 500 000 geschätzt.

Alle anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen — immerhin sind mindestens 10 % der Bevölkerung unseres Landes zumindest zeitweilig psychiatrisch behandlungsbedürftig und 1,6 Mio. werden von niedergelassenen Nervenärzten behandelt — sind der *allgemeinen Prävention,* wie im *Zwischenbericht* beschrieben, zugänglich.

Im folgenden soll aufgezeigt werden, auf welche Weise Menschen mit geistiger Behinderung sowie chronisch psychisch Kranken ein Verhalten zum Schutze vor Ansteckung mit HIV nahegebracht werden kann.

I. Bestandsaufnahme

5.4.1 Menschen mit geistiger Behinderung

5.4.1.1 Gruppenbeschreibung

Unter Menschen mit geistiger Behinderung versteht man Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben ist, so daß sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen. Mit der geistigen Behinderung sind oft Beeinträchtigungen der Sprache, der Motorik, der Sinnesleistungen, des Verhaltens, der emotionalen und Persönlichkeitsentwicklung sowie der sozialen Anpassung verbunden.

Eine geistige Behinderung wird festgestellt, in dem die Intelligenz gemessen und mit dem Lebensalter des Behinderten in Beziehung gesetzt wird. Die Einteilung in verschiedene Grade der Behinderung aufgrund von Intelligenztests ist jedoch problematisch, da es dafür für Menschen mit geistiger Behinderung keine objektiven und zuverlässigen Beurteilungsverfahren bzw. Maßstäbe gibt. Zusätzliche Informationen können durch Verhaltens- und Leistungsbeobachtungen ermittelt werden, die sich auf die Entwicklungsabschnitte Vorschulalter, Schulalter, Jugend und Erwachsenenalter beziehen.

Die Versorgung geistig behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener bedeutet Betreuung und Begleitung der Behinderten mit dem Ziel der größtmöglichen Entfaltung der Persönlichkeit und der Eingliederung in die Gesellschaft.

5.4.1.2 Psychosoziale Situation

Es ist heutzutage allgemein anerkannt, daß Menschen mit geistiger Behinderung nicht in psychiatrische Kliniken abgeschoben werden dürfen. Sieht man von einer Minderzahl eindeutig unterbringungsbedürftiger Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ab, ist das psychiatrische Krankenhaus für die Dauerbehandlung und Betreuung dieser Personengruppe prinzipiell nicht geeignet. Geistig Behinderte bedürfen neben der ärztlichen Behandlung in erster Linie eine heilpädagogisch-soziotherapeutische Betreuung, die ihnen teilweise in hierfür geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses angeboten wird.

Der Gefährdung einer HIV-Infektion sind vor allem die „mobilen" Behinderten potentiell ausgesetzt, d. h. diejenigen, die in der Lage sind, räumlich und zeitlich gut orientiert und relativ sicher im Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln aktiv Außenkontakte aufzubauen. Sie versuchen nicht selten, sich von stärker Behinderten zu distanzieren und — von Wunschdenken geleitet — eine gleichberechtigte und anerkannte Zugehörigkeit zur Welt der Nichtbehinderten zu erreichen. Kommt es zu Außenkontakten, so ist ein hieraus resultierendes Risikoverhalten nicht Folge oder Ausdruck der geistigen Behinderung bzw. — einem noch immer vorhandenen Vorurteil folgend — eines unkontrollierten Geschlechtstriebes, sondern Ergebnis gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, unter denen diese Menschen leben.

5.4.1.3 Sexualität

Noch vor zwei Jahrzehnten war die Sexualität der Bewohner von stationären Einrichtungen tabuisiert. So wurden die behinderten Menschen in Heimen, Anstalten und Werkstätten nach Geschlechtern getrennt untergebracht bzw. beschäftigt. Im Zuge der allgemeinen Liberalisierung von Sexualität und der Normalisierung des Lebens, Wohnens und Arbeitens Behinderter wurde auch Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit zugestanden, ihr Recht auf Sexualität zu leben.

Beobachtungen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, daß viele Jugendliche mit geistiger Behinderung, aber auch Erwachsene, keine genitalsexuellen Bedürfnisse bzw. Erfahrungen haben. Vielmehr haben für sie zärtliches Streicheln, Küssen, Petting und der Wunsch nach sozialer Nähe oft größere Bedeutung. Die genitalsexuellen Bedürfnisse sind bei diesen Menschen weniger anzutreffen als sonst in unserem Kulturkreis üblich. Dies gilt jedoch keineswegs für alle geistig Behinderten, muß aber bei der Aufklärung und Betreuung der Gesamtgruppe berücksichtigt werden. Daß geistig behinderte Menschen besonders instinkthaft, triebhaft, aggressivbedrohlich und weniger kontrolliert seien, ist ein Vorurteil.

Die Sexualität zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und Nichtbehinderten gestaltet sich teilweise problematisch. So findet manchmal sexueller Mißbrauch durch nichtbehinderte Menschen statt. Auch suchen behinderte Menschen zum Teil durch sexuelle Kontakte eine Möglichkeit, von Nichtbehinderten akzeptiert zu werden, da ihnen die üblichen Begegnungsmöglichkeiten immer noch weitgehend verschlossen bleiben. Hinzu kommen die materiellen Anreize für das Anbieten der eigenen Körperlichkeit. Der Anteil dieser Personen an der Gruppe behinderter Menschen ist insgesamt sehr gering und von regionalen Bedingungen abhängig, so daß für die gesamte Gruppe geistig behinderter Menschen sogar mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, daß sie durch HIV insofern eher weniger gefährdet sind als der Durchschnittsbürger. Hinzu kommt, daß diese „mobilen" Menschen intellektuell durch sexualpädagogische Information erreichbar sind, so daß gute Chancen einer erfolgreichen AIDS-Prävention gegeben scheinen.

5.4.2 Chronisch psychisch Kranke

5.4.2.1 Gruppenbeschreibung

Zur Gruppe der chronisch psychisch Kranken gehören vor allem seelisch behinderte Personen mit abnormen psychischen Dauerzuständen, z. B. nach schizophrenen Psychosen oder nach hirnorganischen Erkrankungen, d. h. längerfristigen oder andauernden Folgezuständen einer Erkrankung, die die Ausübung sozialer Funktionen und Rollen (in Beruf, Familie, sozialen Gruppen etc.) erheblich beeinträchtigen. Zu ihnen gehören ebenso Menschen, die länger als ein Jahr und teilweise sogar länger als 10 Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus leben und dort aufgrund ihrer spezifischen Verletzbarkeit ein sog. Heimatrecht erworben haben. Das Ausmaß der Behinderung ist abhängig vom Zusammenwirken innerer (persönlicher) und äußerer (sozialer) Bedingungen.

5.4.2.2 Psychosoziale Situation

Chronisch psychisch Kranke sind aufgrund von Störungen des Wahrnehmens, Fühlens, Denkens, Wollens und der Erlebnisverarbeitung nicht nur in ihren Fähigkeiten eingeschränkt, ihre unmittelbaren Lebensbedürfnisse aus eigener Kraft zu befriedigen, sondern vor allem auch in ihrem Vermögen, soziale Bindungen auszubauen, zu unterhalten und soziale Rollen zu erfüllen.

Chronisch psychische Erkrankungen bedingen wegen der eingeschränkten sozialen Verwirklichungsmöglichkeiten mit den genannten tiefgreifenden Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungen über die medizinische Behandlung hinaus einen vielschichtigen, nicht schematisch generalisierbaren Versorgungsbedarf. Behandlung, Pflege, Rehabilitation und soziale Hilfsangebote dürfen sich nicht allein an krankheitsabhängigen Funktionseinbußen und -verlusten ausrichten, sie müssen auch der Lebensgeschichte des einzelnen Kranken Rechnung tragen.

Die Lebenssituation der chronisch psychisch Kranken kann wie folgt umrissen werden: Rund 60 000 von ihnen sind als sogenannte Pflegefälle in den Langzeiteinrichtungen der großen psychiatrischen Krankenhäuser untergebracht. Über 100 000 leben in Heimen und Anstalten, meist weit entfernt von ihren Wohnorten und ohne ausreichende psychiatrische Behandlung und rehabilitative Förderung. In den während der letzten beiden Jahrzehnte neu entstandenen Wohnangeboten des komplementären Bereichs (betreute Einzelwohnungen, Wohngruppen, Übergangsheime, Kleinheime etc.) leben ca. 10 000 chronisch psychisch Kranke und Behinderte; ihr Versorgungsniveau kann im allgemeinen als ausreichend angesehen werden.

Die hier genannten Größenordnungen machen deutlich, daß die meisten chronisch psychisch Kranken (über 300 000) außerhalb von Institutionen leben, allein oder — was in etwa 40 % der Fälle zutreffen dürfte — bei ihren Familien. Angehörige tragen somit die Hauptlast der Versorgung chronisch psychisch Kranker. Die gesundheitliche, soziale und materielle Lage dieser Menschen ist mitunter sehr schlecht. Es fehlt für sie weitgehend an qualifizierten fachlichen Hilfen. Sie sind zu nahezu 90 % aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt und fristen von kleinen Renten und Sozialhilfe ein Leben unter dem Existenzminimum. Ihre Chancen, am gesellschaftlichkulturellen Leben teilzunehmen, sind erheblich eingeschränkt.

5.4.2.3 Sexualität

Da psychische Erkrankungen häufig erst Erwachsene oder Heranwachsende treffen und erst im Laufe der Zeit Beeinträchtigungen der geistigen Leistungen eintreten können, haben diese Menschen, im Gegensatz zu Menschen mit einer geistigen Behinderung von Geburt an, in der Regel Erfahrungen mit Sexualität. Oft haben sie auch einen Partner oder sind verheiratet.

5.4.3 Ziele der Prävention

Chronisch psychisch Kranke sind grundsätzlich nicht mit geistig behinderten Menschen gleichzustellen, da psychische Erkrankungen nicht immer mit geistigen Einbußen einhergehen. Ein Teil der chronisch psychisch Kranken ist jedoch auch geistig behindert. Für diese und auch für die Gruppe der geistig behinderten Menschen gelten die folgenden Ausführungen. Der andere Teil der chronisch psychisch Kranken ist der *allgemeinen Prävention* zugänglich.

5.4.3.1 Eindämmung der Infektionswege

Der wirksamste Schutz gegen eine Ausbreitung einer Infektionskrankheit besteht darin, möglichst alle Menschen über diese Krankheit und die Übertragungswege aufzuklären und sie kontinuierlich darin zu unterstützten, sich auf Dauer gegen eine Übertragung zu schützen. Auch für Behinderte ist der ungeschützte Geschlechtsverkehr der Hauptübertragungsweg einer HIV-Infektion. Da geistig behinderte Menschen den allgemeinen Aufklärungskampagnen in den Medien wie Rundfunk, Zeitung und Fernsehen oft nicht folgen können, ist es wichtig, gezielt und ihren Möglichkeiten entsprechend auf sie einzugehen. Dazu fehlt es derzeit noch an geeignetem Anschauungsmaterial und geschulten Mitarbeitern in den Einrichtungen.

Sofern bei geistig behinderten Menschen risikoreiches Sexualverhalten nicht auszuschließen ist, stellt sich die Aufgabe im Rahmen der Sexualpädagogik, den Wissensstand und die praktische Kompetenz der geistig behinderten Menschen so zu erweitern, daß deren Bedürfnissen nach gelebter Sexualität Rechnung getragen und gleichzeitig ein verantwortungsbewußter und risikofreier Umgang mit Sexualität gefördert wird.

Diesem Anspruch einer positiven Grundeinstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen stehen jedoch häufig sexualpädagogische Unsicherheit und Ratlosigkeit vieler Betreuer sowie fehlende sexual-

pädagogische Konzeptionen der Einrichtungen im Alltag gegenüber. Mitarbeiter, Trägerverantwortliche und Angehörige erliegen hierdurch gleichermaßen der Gefahr, aus Sorge vor vermeintlichen Ansteckungsgefahren geistig behinderten Menschen bei sexuellem Verhalten Verwirklichungschancen zu entziehen.

Leitlinie sexualpädagogischer Maßnahmen ist die Akzeptanz und Förderung selbständiger und selbstbestimmter Formen partnerschaftlicher Sexualität. Information und Beratung über risikoreiche sexuelle Verhaltensweisen und über Methoden der Risikoverminderung können in der Regel nur in individuellen Gesprächen zwischen dem einzelnen Mitarbeiter und dem geistig Behinderten auf einer absoluten Vertrauensbasis stattfinden.

Eine umfassende Sexualerziehung auch geistig behinderter Menschen, die Voraussetzungen einer sinnvollen AIDS-Prävention ist, umfaßt vor allem folgende Bereiche:

— Kenntnis der Vorgänge der eigenen Körperlichkeit,

— Kenntnis des allgemeinen Umgangs mit Partnerschaft, Freundschaft und Sexualität,

— Kenntnis über Verhütungsmöglichkeiten und

— Offenheit gegenüber Entwicklungen gesellschaftlich diskriminierter Formen von Sexualität (wie Autoerotik oder Homosexualität).

Dazu sind nicht so sehr ein Mehr an Aufklärung und hygienischer Maßnahmen erforderlich, die das Thema AIDS isoliert angehen, sondern vor allem eine persönlichkeitsbildende Sexualerziehung, die die konkrete Lebenssituation geistig behinderter Menschen, ihre individuellen Bedürfnisse, sexuellen Wünsche und Ängste sowie gelebte Formen sexueller Kommunikation einbezieht. Nur so besteht die Chance, daß behinderte Menschen lernen, innerhalb eines verantwortungsbewußten Umgangs mit ihrer Sexualität auch Infektionsrisiken realistisch einzuschätzen und sich selbst und damit auch den Intimpartner aktiv davor zu schützen.

5.4.3.2 Vermeidung weiterer Ausgrenzungen

In der Öffentlichkeit sind Anzeichen dafür zu beobachten, daß geistig behinderte Menschen als besonders gefährdet angesehen werden, weil noch immer falsche Vorstellungen über das Sexualverhalten dieser Menschen verbreitet sind. Vorurteile und Ausgrenzungstendenzen gegenüber geistig behinderten Menschen können somit im Zusammenhang mit AIDS neue Aktualität gewinnen.

Durch sachliche Information und mit Hilfe von Öffentlichkeitsarbeit muß den falschen Vorstellungen über diese vermeintliche zusätzliche Gefährdung für und durch geistig Behinderte begegnet werden.

5.4.4 HIV-Antikörpertest

Eine besondere Bedeutung in den Überlegungen um eine sinnvolle AIDS-Prävention nimmt in der öffentlichen Diskussion der HIV-Antikörpertest ein. Im Zusammenhang mit geistig behinderten Menschen kam er ins Gerede, als bekannt wurde, daß dem Vorstand einer sozialpsychiatrischen Einrichtung durch Beschluß des Verwaltungsrates die Auflage erteilt worden war, ab September 1987 alle Neuaufnahmen von der Durchführung eines HIV-Antikörpertestes abhängig zu machen. Die Reaktionen auf diese Aufnahmevoraussetzung waren ausgesprochen kritisch und ablehnend.

Die Diskussion kam zu dem Ergebnis, einen HIV-Antikörpertest nur im begründeten Einzelfall unter folgenden Voraussetzungen zu erwägen:

— wenn der geistig Behinderte dies wünscht,

— wenn dies zur Abklärung einer unklaren Erkrankung notwendig ist oder

— wenn anamnestisch ein eindeutiges Infektionsrisiko besteht.

Sollte sich danach im Einzelfall ein Test als sinnvoll erweisen, so sind in jedem Fall die rechtlichen Bestimmungen zu beachten, d. h. die Testdurchführung ist von der Einwilligung der betreffenden Person bzw. bei entmündigten und entscheidungsunfähigen Behinderten von der Zustimmung der Sorgeberechtigten abhängig.

Das Testergebnis muß der Geheimhaltung unterliegen. Neben der Mitteilung an die Person, die einem Test zugestimmt hat, ist im Einzelfall zu entscheiden, ob weitere Personen informiert werden. Falls die betreffende Person aufgrund der Schwere der Behinderung nicht in der Lage ist, die Folgen einer HIV-Infektion vor allem für den Intimpartner zu erfassen und für eigene Schutzmaßnahmen zu sorgen, ist eine Mitteilung an die Betreuer der Einrichtungen geboten.

5.4.5 Grundsätze der Behindertenverbände und Träger von Behinderteneinrichtungen[1]) für den Umgang mit infizierten und erkrankten Behinderten

Im Umgang mit Behinderten sollen folgende allgemeine Grundsätze eingehalten werden:

— „Alle Mitarbeiter müssen sich bezüglich möglicher Gesundheitsgefahren, insbesondere auch vor möglicher Ansteckung mit HIV durch das Einhalten der allgemeinen Hygieneregeln schützen. Dies betrifft in den Wohngruppen im wesentlichen den Umgang mit Blut.

— Alle Bewohner, die sich oder andere durch Sexualpraktiken einem Risiko aussetzen könnten, sollten über risikoarme Sexualpraktiken aufgeklärt und angeleitet werden."

[1]) z. B. Bundesvereinigung Lebenshilfe, Alsterdorfer Anstalten, Neuerkeröder Anstalten

Wird die Arbeit in den Wohngruppen diesen Grundsätzen gemäß organisiert, so besteht kein nennenswertes Infektionsrisiko.

In den bisher bekanntgewordenen Fällen einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung bei einem behinderten Menschen wurde versucht, ein Verbleiben der Person im bisherigen Lebensraum möglichst lange sicherzustellen. Aus Unsicherheit vor ausgrenzenden Reaktionen bei Bekanntwerden einer HIV-Infektion wurde in manchen Fällen die Information hierüber nicht einmal dem Vorstand bzw. Träger der Einrichtung weitergegeben.

Die Alsterdorfer Anstalten (Evangelische Stiftung Alsterdorf) haben für den Umgang mit HIV-positiven Bewohnern folgende Leitlinien herausgegeben:

— „HIV-positive Bewohner sollen in ihren bisherigen Lebenszusammenhängen, ihrer Wohngruppe und ihrem Arbeitsplatz verbleiben können. Die Verarbeitung ihrer Diagnose HIV-positiv stellt jeden Menschen — ob behindert oder nichtbehindert — vor überaus große, psychische Schwierigkeiten der Angstverarbeitung und der Entwicklung einer neuen Lebensperspektive. Ein Wechsel des Wohnortes oder des Arbeitsplatzes zu diesem Zeitpunkt ist deshalb unzumutbar, es sei denn, der Betreffende wünscht dies selbst.

— Der Arzt, der die Diagnose mitteilt, sollte den Betreffenden in jedem Fall die verschiedenen stützenden Therapie- und Gesprächsangebote vermitteln. Dazu gehören sowohl externe Angebote wie Selbsthilfegruppen für HIV-Positive als auch interne Möglichkeiten in Form von regelmäßigen Gesprächen mit Personen ihres Vertrauens.

— Da bei Bekanntwerden eines HIV-positiven Testergebnisses mit Abgrenzungswünschen und Angstreaktionen sowohl von Mitarbeitern wie von anderen Behinderten zu rechnen ist, sollte in der entsprechenden Wohngruppe auf jeden Fall ein Beratungs- und gegebenenfalls Supervisionsangebot unterbreitet werden.

— Im Falle notwendiger medizinischer Beobachtungen oder Behandlungen von bereits Erkrankten sollte, wie in anderen Fällen schwerer chronischer Krankheiten, dem Mitarbeiterteam einer Wohngruppe jegliche Hilfe zukommen. Die Betreuung und Pflege des kranken Menschen bis hin zur Sterbebegleitung in seiner gewohnten Umgebung ist als ideal anzustreben. Die Einlösung ist jedoch von der jeweiligen Entscheidung des Teams abhängig. Die Anordnung des Verbleibs in der Wohngruppe ist ebenso abwegig wie die regelhafte Verlegung aller chronisch Kranken und Sterbenden in die Hauspflege oder ein Krankenhausbett."

Den institutionellen Rahmenbedingungen — dazu gehören Pflegepersonal, Vorbereitung, Raumangebote und vieles mehr — sind vielerorts Grenzen gesetzt, die nur durch entsprechenden finanziellen Mehraufwand zu beheben sind. Diese materielle Hilfestellung ist unerläßlich, um die Beibehaltung des bisherigen Lebensraumes sicherzustellen.

5.4.6 Projekt „AIDS-Prävention für Behinderte"

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) hat 1988 in den Maßnahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung ein Projekt „AIDS-Prävention für Behinderte" ausgeschrieben. Im Rahmen dieser Förderung soll eine für geistig Behinderte effektive AIDS-Prävention entwikkelt und erprobt werden, die den verschiedenen Zielgruppen differenziert nach

— Behinderungsgrad und Ausgangssituation,

— Unterbringung in Langzeiteinrichtungen mit und ohne Außenkontakte und

— Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bei Unterbringung in beschützenden Werkstätten Rechnung trägt. Entwickelt und erprobt werden Curricula und Schulungsmaterialien für Behinderte. Darüber hinaus sollen dem betreuenden Personal Hilfen an die Hand gegeben werden, um Probleme von AIDS und Sexualität in Behinderteneinrichtungen bewältigen zu können. Auf dieser Grundlage wurden bisher zwei Modelle bewilligt.

Mit Unterstützung durch das BMJFFG wurde inzwischen zusätzlich eine Informationsschrift „AIDS — keine Angst im Alltag geistig behinderter Menschen" von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. herausgegeben.

5.4.6.1 Projekt „AIDS-Prävention in einer stationären Langzeiteinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung"

Die Neuerkeröder Anstalten, eine Einrichtung des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, unterhalten Heime und therapeutische Einrichtungen zur Betreuung von 840 geistig Behinderten aller Altersstufen. Folgende Überlegungen führten zur Erarbeitung eines Konzepts zur AIDS-Prävention in einer stationären Langzeiteinrichtung:

— Personen mit geistiger Behinderung können von der AIDS-Bedrohung nicht ausgeschlossen werden;

— die vornehmlich gefährdeten Gruppen sind auch im Behindertenbereich anzutreffen;

— aufgrund geistiger, motorischer und sensorischer Einschränkungen treffen Personen mit geistiger Behinderung zusätzliche Gefahren;

— die vorhandenen präventiven Maßnahmen erreichen die Behinderten nicht und

— das enge Zusammenleben in stationären Langzeiteinrichtungen kann die Ausbreitung sexuell übertragbarer Infektionen und damit auch die Möglichkeit einer HIV-Infektion begünstigen.

Das Ziel dieses Modellvorhabens ist die Entwicklung einer sexualpädagogischen Anleitung für den Umgang mit geistig behinderten Menschen und die Qualifizierung der dort tätigen Mitarbeiter. Weiterhin soll untersucht werden, welche Gruppen von Heimbewohnern besonders gefährdet sind, sich zu infizieren,

welche Heimbewohner aufgrund mangelnder Einsichtigfähigkeit und Hilflosigkeit sexuell mißbraucht werden könnten und in welcher Weise von bestimmten Verhaltensauffälligkeiten besondere Probleme ausgehen.

Es gilt ebenso, die spezifischen Informations- und Beratungsbedürfnisse der Betreuer zu analysieren.

Das Projekt soll Lernziele, Methoden zur spezifischen Verhaltensänderung und den Einsatz unterschiedlicher Medien erarbeiten und evaluieren. Es wird seit Januar 1989 gefördert und ist auf die Dauer von drei Jahren ausgelegt. Ein abschließendes Ziel des Curriculums ist die Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen dieser Art.

Im April 1989 wurde dem BMJFFG der erste Zwischenbericht vorgelegt. Er enthält folgende Einschätzungen und Zielsetzungen für die weitere Arbeit:

— „Sinnvolle und erfolgversprechende Maßnahmen der AIDS-Prävention für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung erscheinen nur im Rahmen einer konzeptionellen sexualpädagogischen Aufklärung möglich.

— Ein solches sexualpädagogisches Konzept muß auf didaktisch-methodischen Aspekten der Erwachsenenbildung mit Zielgruppen basieren. Es wird voraussichtlich kein feststehendes, zu jedem Zeitpunkt, für jede Person und von jeder Person einzusetzendes Patentkonzept geben, aber es sollte den aufklärenden Mitarbeitern ein Orientierungsrahmen im Sinne eines Bausteinsatzes mit Materialien und didaktischmethodischer Anleitung zur Verfügung gestellt werden.

— Voraussetzung für Didaktik und Methodik in der Erwachsenenbildung mit Zielgruppen sind Informationen über die Lebenssituation, die Wünsche und Bedürfnisse, die Kenntnisse und die Erfahrungen der Teilnehmer. Insoweit ist für die Entwicklung einer Konzeption zur sexualpädagogischen AIDS-Aufklärung eine Bestandsaufnahme und Analyse erforderlich.

— Ausgangspunkt der sexualpädagogischen Aufklärung wird die „Erziehung" bzw. die Beratung, Aufklärung und Sensibilisierung der Mitarbeiter sein. Ein sexualpädagogisches Konzept muß Rücksicht nehmen sowohl auf die Wünsche und Kenntnisse der Heimbewohner als auch auf die Denk- und Verhaltensmuster der Mitarbeiter. Die im engsten Kontakt mit den Heimbewohnern stehenden Mitarbeiter aus den Wohngruppen können gegenüber den Heimbewohnern eine wichtige Rolle als Vorbild und Begleiter im Umgang mit der Sexualität, in der Wert- und Normbildung und der Aneignung sozialer Kompetenzen einnehmen.

— AIDS-Prävention als ein Themenbereich der Sexualpädagogik erfordert eine Aufklärung der Mitarbeiter, wobei der Angstabbau, die sachliche Information und das Erlernen pädagogischer Handlungsstrategien (Risikobereitschaft, Kontrolle etc.) die Auseinandersetzung mit dem Thema AIDS prägen sollen. Dabei wird eine einmalige Aufklärung voraussichtlich nicht ausreichen, sondern dieses Thema sollte auch für Mitarbeiter immer wieder vertiefend aufgegriffen werden."

Zusammenfassend wird festgestellt, daß Aufklärungsmaßnahmen zum Thema AIDS für Erwachsene mit einer geistigen Behinderung in eine sexualpädagogische Konzeption eingebunden sein sollten, damit die Gespräche und Informationen für die Heimbewohner an ihren bereits gemachten Erfahrungen und Kenntnissen anknüpfen und somit für sie zu begreifen, zu erfahren und einzuordnen sind. Eine teilnehmerorientierte, lebensweltbezogene Erarbeitung des Themas AIDS kann die Basis bilden, die es den Heimbewohnern ermöglicht, ihr Sexualverhalten im Sinne der AIDS-Prävention zu verändern.

5.4.6.2 Projekt „AIDS-Prävention mit Behinderten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung"

Die Werkstatt Bremen ist dem Senator für Jugend und Soziales in Bremen unterstellt und hat die Bereitstellung von Arbeitsplätzen in verschiedenen Einrichtungen zur Aufgabe. Es werden etwa 1 100 psychisch Kranke, Behinderte, schwer Lernbehinderte, geistig Behinderte, Körperbehinderte und schwer Mehrfachbehinderte betreut. Für den größten Teil der Beschäftigten ist diese Einrichtung der zentrale Ort ihrer sozialen Kontakte.

Eine Verordnung zur Durchführung des Schwerbehindertengesetzes fordert Maßnahmen, die der Weiterentwicklung der Persönlichkeit von Behinderten dienen sollen. Aus diesen Gründen sah sich die Einrichtung verpflichtet, wenigstens drei Wochenstunden innerhalb der Arbeitszeit diesen arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Verfügung zu stellen. Diese umfassen Angebote zur körperlichen Ertüchtigung, Fortbildung in lebenspraktischer und allgemeiner Bildung sowie Fortbildungsangebote, die im Zusammenhang mit der Förderung der Leistungsfähigkeit und Fragen des Arbeitsplatzes zu sehen sind. Des weiteren gehören hierzu auch Fragen der Gesundheitsvorsorge, der Körperhygiene und der Unfallverhütung.

Das Ziel des Projekts ist die Sicherung langjähriger, zukunftsweisender und sorgfältiger Gesundheitsvorsorge im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung in Einrichtungen für behinderte Menschen. Dazu dient die Erarbeitung eines didaktischen und methodischen Vorgehens unter folgenden besonderen Aufgabenstellungen:

— „Erlernen von Verhaltensänderung unter Berücksichtigung der erschwerten Bedingungen wie z. B. geistige Behinderung;

— die bisherige Tabuisierung von Sexualität bei Behinderten abzubauen und aufzuarbeiten;

— wegen fehlender Vorerfahrungen ein neues Konzept zu erarbeiten und zu erproben;

— Vorurteile und Ängste bei Betroffenen, Betreuern und Angehörigen aufzuarbeiten".

Das Projekt wird seit Mitte 1988 gefördert und ist auf die Dauer von drei Jahren veranschlagt.

II. Auswertungen

Die Kommission ist der Ansicht, daß für eine Verhinderung der weiteren Ausbreitung der HIV-Infektion bei chronisch psychisch Kranken und Menschen mit geistiger Behinderung die allgemeingültige Prämisse wie bei anderen Zielgruppen gilt:

- Information des betroffenen Personenkreises, d. h. Vermittlung der Kenntnisse über AIDS, insbesondere über die Ansteckungswege,
- Orientierung des Präventionskonzeptes an den realen Lebensbedingungen und
- Verhinderung unangemessener restriktiver Maßnahmen gegenüber vermeintlichen Hauptbetroffenengruppen oder bereits HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten.

Die intensive Auseinandersetzung mit der AIDS-Problematik im stationären Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser seit 1984 hat zu dem Ergebnis geführt, daß kein Patient routinemäßig getestet wird. Ein Test soll durchgeführt werden, wenn

- der psychisch Behinderte dies wünscht,
- dies zur Abklärung einer unklaren Erkrankung notwendig ist oder
- Hinweise auf ein Infektionsrisiko bestehen.

In jedem Fall sind die rechtlichen Bestimmungen zu beachten.

In den Bereichen, in denen Patienten länger zusammenleben und in denen es zu Sexualkontakten kommt oder kommen kann, ist das Angebot von Kondomen in den Sozialbereichen gut angenommen worden, wobei die Erfahrung gemacht wurde, daß Frauen verantwortungsvoller handeln als Männer.

Von besonderer Bedeutung für die Prävention ist die nach einem intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Kliniken und Gesundheitsämtern getroffene Feststellung, daß die allgemein verfügbaren Informationsmaterialien auch den chronisch psychisch Kranken durchaus zugänglich sind. Durch medikamentöse Behandlung ist es heute möglich, die Wahrnehmungsmöglichkeiten und Realitätsbezüge so zu verbessern, daß psychisch Kranke Präventionsmaßnahmen zugänglicher werden. Ein spezifischer Handlungsbedarf für den Bereich stationär zu behandelnder psychisch Kranker wird daher nicht gesehen.

Anlaß für eine intensive Auseinandersetzung mit der AIDS-Problematik in den Fachkrankenhäusern war die anfängliche Verunsicherung der Mitarbeiter gewesen. Diese konnte durch intensiv Aufklärung im Rahmen einer zentralen Fortbildung der Mitarbeiter und durch den Einsatz von AIDS-Beauftragten in den Fachkrankenhäusern abgebaut werden.

Weitaus kontroverser wird die Situation der Menschen mit einer geistigen Behinderung gesehen, die entweder einer Krankenhausbehandlung bedürfen oder in entsprechenden Einrichtungen untergebracht sind. Zunächst wird die Testung von Menschen mit geistiger Behinderung unterschiedlich gesehen. Während eine Einrichtung Neuaufnahmen von einem negativen Test abhängig macht, lehnen die meisten Einrichtungen und Verbände eine obligatorische Untersuchung von Neuaufnahmen sowie eine generelle Durchtestung der stationär oder teilstationär Betreuten ab.

Nach übereinstimmender Meinung im Bereich der Fachkrankenhäuser, der Behinderteneinrichtungen und Verbände sind die Aufklärungsmaterialien der BZgA in der Regel für Menschen mit geistiger Behinderung nicht zu verwenden, wobei dies allerdings nicht für diejenigen unter ihnen gilt, die Grenzfälle zur sogenannten Lernbehinderung hin bilden und sich insoweit von den stärker behinderten Mitmenschen unterscheiden.

Die vorhandenen Informationsmaterialien sprechen Adressaten in der Regel nur auf der verbalen und kognitiven Ebene an. Die Umsetzung in die nonverbale und emotionale Ebene kann nur durch Mitarbeiter in den Einrichtungen erfolgen. Deren Situation jedoch wird durch Defizite im sexualpädagogischen Bereich besonders erschwert. Denn erst in den letzten Jahren ist ein Zusammenleben von Männern und Frauen zu einem Teil des Alltagslebens vieler Heimbewohner geworden. Besonders aus den früheren Erfahrungen, als Frauen und Männer getrennt voneinander lebten, ist das Thema Sexualität für einen großen Teil der erwachsenen Heimbewohner wie auch zum Teil für die Mitarbeiter immer noch mit falschen Scham- und Schuldgefühlen besetzt. Hinzu kommt, daß das Thema „Sexualität" in manchen Einrichtungen noch völlig tabuisiert ist. Hier ist der Einsatz entsprechender Aufklärungs- und Anschauungsmaterialien notwendig. Wenngleich die Versuche von Einrichtungen und Verbänden, Aufklärungsmöglichkeiten zu entwickeln, höchst anerkennenswert sind, so ist professionelle Unterstützung dringend geboten.

Die Kommission sieht in dem Projekt der Bundesregierung „AIDS-Prävention für Behinderte" einen richtigen Ansatz, die aufgezeigten Problemfelder bei Menschen mit geistiger Behinderung einer zielgruppenspefizischen Lösung zuzuführen, die baldmöglichst auch anderen Einrichtungen vermittelt werden sollte. Darüber hinaus sollte die Öffentlichkeit informiert werden, daß weder chronisch psychisch Kranke noch Menschen mit geistiger Behinderung zu den Hauptbetroffenengruppen zählen, wobei beide Gruppen eher weniger gefährdet sind als der Durchschnitt der Bürger unserer Gesellschaft.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und bei den Ländern anzuregen,

5.4.7.1

in der Öffentlichkeit darauf hinzuwirken, daß das Recht geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen, ihre Sexualität zu leben, breitere Akzeptanz erfährt;

5.4.7.2

die Aufklärungsarbeit der in diesen Einrichtungen tätigen Mitarbeiter durch entsprechende Informationsmaterialien zum Thema Sexualität zu unterstützen;

5.4.7.3

die Öffentlichkeit darüber zu informieren, daß chronisch psychisch Kranke und Menschen mit geistiger Behinderung eher weniger durch AIDS gefährdet sind als der Durchschnitt der Bürger unserer Gesellschaft;

5.4.7.4

in Einrichtungen der stationären und teilstationären Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung einen HIV-Antikörpertest nur dann durchzuführen, wenn der Behinderte es wünscht, wenn der Test zur Abklärung einer unklaren Erkrankung notwendig ist oder wenn anamnestisch ein eindeutiges Infektionsrisiko besteht, wobei in jedem Fall die rechtlichen Bestimmungen zu beachten sind.

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 5: Prävention in Justizvollzugsanstalten und Strafvollzugsrecht

Einleitung

Die Prävention in den Justizvollzugsanstalten ist unter anderem vom Strafvollzugsrecht abhängig. Zudem beeinflussen die mit einer effektiven Prävention zusammenhängenden Sachzwänge die Anwendung des Strafvollzugsrechts, weil die Gefangenen nach dem Gesetz (§ 4 Abs. 2 Satz 2 StVollzG) alle Beschränkungen hinnehmen müssen, die zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder zur Abwendung einer schwerwiegenden Störung der Ordnung der Anstalt unerläßlich sind. Die Kommission hat sich deshalb entschlossen, die Sach- und Rechtslage zusammen zu erörtern.

I. Bestandsaufnahme

5.5.1 Ausgangslage

5.5.1.1 Die epidemiologische Situation in den Strafvollzugsanstalten

Der Anteil der HIV-infizierten Gefangenen ist in den verschiedenen Anstalten sehr unterschiedlich. Er hängt vor allem von dem Anteil der i.v.-drogenabhängigen Gefangenen ab. Nach Angaben der Länder und der Sachverständigen liegt die Prävalenz bei den Männern bei 1 bis 3 % und bei den Frauen bei 2 bis 5 %. Es gibt aber auch Anstalten mit einer höheren Prävalenz. Die größere Infektionsrate bei den inhaftierten Frauen ist auf den entsprechend größeren Anteil von i.v.-Drogenabhängigen zurückzuführen.

5.5.1.2 Risikosituation in den Strafvollzugsanstalten

Vor der Kommission haben Vollzugspraktiker ausgeführt, daß AIDS in den Haftanstalten, wenn überhaupt, dann vorwiegend durch Needle sharing weiter verbreitet werde; dem homosexuellen Geschlechtsverkehr komme dagegen nur geringe Bedeutung zu. Im Strafvollzug komme es nach ihrer Ansicht zudem bei homosexuellen Praktiken in der Regel nicht zu Penetrationen. Auch homosexuelle Vergewaltigungen seien sehr selten. Das Tätowieren sei unter dem Eindruck der Infektionsgefahr und als Folge intensiver Aufklärung deutlich zurückgegangen.

5.5.2 Primärprävention

5.5.2.1 Aufklärung

Die Justizvollzugsanstalten unternehmen vielfache Anstrengungen, um die Bediensteten und die Gefangenen über die Ansteckungswege einerseits sowie die Ungefährlichkeit normaler sozialer Kontakte andererseits aufzuklären. Die Aufklärung erfolgt durch Aushändigung von Merkblättern bei der Zugangsuntersuchung, in persönlichen Gesprächen mit den Anstaltsärzten, den Psychologen und den Sozialarbeitern sowie durch Informationsveranstaltungen, an denen auch externe Fachleute und Mitarbeiter von AIDS- und Drogenhilfen mitwirken.

Die Erfahrung zeigt, daß der Nutzen von Aufklärungsveranstaltungen gering ist, wenn sie in zu großen Gruppen durchgeführt werden. Auch reicht die bloße Wissensvermittlung nicht aus, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Es gibt aber bisher noch keine Konzepte der Justizverwaltungen für kontinuierliche Beratungs- und Gesprächsangebote.

Die Aufklärung von ausländischen Häftlingen ist wegen der Sprachbarrieren mit besonderen Schwierigkeiten verbunden.

5.5.2.2 Kondome

In Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz erhalten die Gefangenen auf Wunsch Kondome, in Bayern, Berlin und in Rheinland-Pfalz vom anstaltsärztlichen Dienst, in Niedersachsen vom anstaltsärztlichen Dienst und vom AIDS-Beauftragten, in Nordrhein-Westfalen durch die Sozialarbeiter; in Hessen können sich die Gefangenen zudem auch aus Automaten mit Kondomen versorgen.

In Baden-Württemberg, im Saarland und in Schleswig-Holstein werden keine Kondome an die Gefangenen ausgegeben. Diese Länder dulden aber die „Selbstversorgung" der Gefangenen mit Kondomen beim Einkauf und bei Haftlockerungen.

In der Praxis machen die Gefangenen von der Möglichkeit, Kondome im Einkauf zu erstehen oder sie sich von den Ärzten und Sanitätsbeamten geben zu lassen, keinen bzw. nur einen geringen Gebrauch, weil sie sich genieren. Vollzugspraktiker sind deshalb der Auffassung, daß Kondome auch bei den Gruppenleitern oder -betreuern sowie anonym aus Automaten, in den Freizeiträumen oder in den Telefonzellen zugänglich sein sollten.

5.5.2.3 Homosexualität

Manche Vollzugsverwaltungen vertreten mit Billigung der Rechtsprechung die Auffassung, daß von homosexuellen Gefangenen eine Gefahr für die Sicherheit und die Ordnung in den Anstalten ausgehen könne, weil die Anstalten das Entstehen von Abhängigkeitsverhältnissen befürchten. Homosexuelle Gefangene werden daher zuweilen isoliert. Wenn sie intensivere Kontakte zu ihren Mitgefangenen aufbauen, werden sie von diesen getrennt. Zeitschriften, die auch nur teilweise unbekleidete Männer abbilden, werden den Gefangenen nicht ausgehändigt, was sie in der Praxis vom Bezug politischer und kultureller Publikationsorgane der Homosexuellenbewegung ausschließen kann.

5.5.2.4 Substitution

In Hamburg haben Gefangene in Einzelfällen aufgrund ärztlicher Indikation Methadon (L-Polamidon) erhalten. Von den anderen Justizverwaltungen wird die Substitution von i.v.-Drogenabhängigen durch Ersatzmittel abgelehnt. In Bremen wird aber mit Unterstützung des BMJFFG ein Versuch vorbereitet, Gefangene im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen mit psychosozialer Begleitung über den Entlassungszeitpunkt hinaus auf Methadon einzustellen. In Hessen werden Substitutionsbehandlungen für HIV-Infizierte unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen; für AIDS-Kranke werden sie bereits praktiziert. In Berlin denkt man daran, Neuinhaftierten, die bereits in einer Substitutionsbehandlung sind, die Fortführung der Behandlung zu ermöglichen.

Vollzugspraktiker sind der Meinung, daß sich gerade der Vollzug für zusätzliche Substitutionsangebote besonders gut eigne, weil sich hier die Einhaltung der Therapieabsprachen leicht überwachen lasse. Dagegen wird vorgebracht, daß dadurch die Sucht verlängert werde. Vollzugspraktiker treten außerdem dafür ein, in jeder Anstalt Möglichkeiten zum körperlichen Entzug unter ärztlicher und psychotherapeutischer Begleitung anzubieten, wobei das Angebot wegen der besseren Akzeptanz auch die Möglichkeit zum medikamentengestützten „weichen" Entzug mit umfassen müsse.

5.5.2.5 Spritzen, Desinfektionsmittel

Die Ausgabe von sterilen Einmalspritzen durch Anstaltsdienste wird von allen Ländern abgelehnt. In Bayern und Berlin stehen den Gefangenen aus allgemeinen hygienischen Gründen Desinfektionsmittel (Natriumhypochlorit) zur Verfügung.

Nach Mitteilung des Justizministers des Landes Nordrhein-Westfalen soll es dem Justizvollzug dieses Landes gelungen sein, „das Einbringen von Rauschgift nahezu ausschließlich auf Haschisch in geringen Mengen zu begrenzen. Heroinfunde waren äußerst selten". In der Anhörung wurde jedoch vorgetragen, daß zumindest in den Haftanstalten, in denen der Anteil der drogengefährdeten Gefangenen groß sei, auch Heroin eingeschmuggelt werde. In diesen Anstalten habe sich eine ausgeprägte Beschaffungskriminalität entwickelt. Wenn aber erst einmal Heroin in einer Anstalt sei, werde auch „gefixt". Dann komme es vor, daß bis zu 20 Gefangene eine „gebunkerte" Spritze gemeinsam benutzten.

Vollzugspraktiker fordern deshalb, daß auch den Gefangenen die Möglichkeit eröffnet werden müsse, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen.*) Neben den Ärzten und den Sanitätsbeamten müsse jeder Gruppenleiter befugt sein, Spritzen auszutauschen. Zumindest sollte das in den USA weit verbreitete Natriumhypochlorit (bleach) so frei zugänglich sein wie Seife oder Zahnpasta.

Die Frage der rechtlichen Zulässigkeit des Spritzentausches ist umstritten. Es wird geltend gemacht, daß die Abgabe steriler Einmalspritzen an i.v.-Drogenabhängige gegen § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG verstoßen könne: Denn wenn eine Vollzugsanstalt sterile Einmalspritzen an Gefangene abgebe, geschehe dies nicht „zum beliebigen anderweitigen Gebrauch, sondern unmittelbar zum Konsum in ihren eigenen Räumen". Außerdem wird auf Berichte aus den USA verwiesen, wonach Gefangene Spritzen als Waffen benutzt haben sollen. Dem wird entgegengehalten, es komme nach dem Wortlaut des Gesetzes darauf an, ob durch die Abgabe der Spritzen „eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt" bzw. ob jemand dazu „verleitet" werde. Diese Voraussetzungen wären im Strafvollzug nur gegeben, wenn der intravenöse Drogenmißbrauch dort ohne die Abgabe der sterilen Einmalspritzen unterbleiben würde. Das sei aber, wie auch die Anhörung ergeben habe, nicht der Fall. Gefangene, die keine Spritzen hätten, würden sich aus Kugelschreiberminen und ähnlichen Dingen Ersatzgeräte basteln. Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen würde deshalb auch in den Vollzugsanstalten den Drogenmißbrauch nicht zusätzlich fördern, sondern nur verhindern, daß AIDS mittels der immer wieder benutzten „Stationspumpe" weiter verbreitet werde. Die Tatsache, daß aggressive Gefangene geeignete Gegenstände als Waffen umfunktionieren, läßt sich ohnehin nicht vermeiden.

5.5.3 Der HIV-Antikörpertest

5.5.3.1 Die Praxis der Justizverwaltungen

5.5.3.1.1 Testangebot

In Übereinstimmung mit dem Beschluß des Strafvollzugsausschusses der Länder vom 17. Oktober 1985 wird der HIV-Antikörpertest den Gefangenen in allen Ländern bei der Aufnahmeuntersuchung angeboten und

- in Bayern allen Gefangenen,
- in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein solchen Gefangenen, die einer der Hauptbetroffenengruppen zuzurechnen sind, nachdrücklich empfohlen.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 361

Ein Nichtbefolgen der Empfehlung kann mit Sanktionen verbunden sein (vgl. 5.5.3.1.2).

Wiederholungstests haben nur die Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, das Saarland und Schleswig-Holstein ausdrücklich vorgeschrieben oder zugelassen. In der Praxis werden zumindest solchen Häftlingen Wiederholungstests angeboten, von denen bekannt ist, daß sie einer Hauptbetroffenengruppe zuzurechnen sind.

In Bayern werden möglichst alle Gefangenen vor der Entlassung noch einmal getestet.

In Bremen werden die Gefangenen anonym getestet. Zu diesem Zweck wird das Testergebnis vom Gesundheitsamt nicht dem Anstaltsarzt, sondern den Gefangenen unmittelbar mitgeteilt. Außerdem wird den Gefangenen empfohlen, den Test während selbstgestalteter Vollzugslockerungen bei den Gesundheitsämtern anonym machen zu lassen.

5.5.3.1.2 Freiwilligkeit und Beratung

Berlin, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und das Saarland lehnen Zwangstests ab.

Bayern hat in seiner Verwaltungsvorschrift festgestellt, daß bei Angehörigen von Hauptbetroffenengruppen die zwangsweise Blutentnahme zur Durchführung des HIV-Antikörpertests nach § 101 StVollzG zulässig sei. Schleswig-Holstein hat in seiner Verwaltungsvorschrift darauf hingewiesen, daß der Anstaltsarzt „unter den Voraussetzungen des § 101 StVollzG" eine Untersuchung auf AIDS auch ohne Einwilligung des Gefangenen anordnen könne. Tatsächlich sind aber nach Angaben der Länder bisher noch keine Gefangenen zwangsweise getestet worden.

Für die Beratung der Gefangenen vor dem Test gibt es kein einheitliches Konzept. Sie liegt durchweg in den Händen der Ärzte und ihres Hilfspersonals. Das Ausmaß und die Intensität der Beratungen ist sehr unterschiedlich. Allen Gefangenen wird ein Merkblatt ausgehändigt. Sie haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Nicht in allen Fällen wird ihnen ausdrücklich ein Beratungsgespräch angeboten.

Mit den Gefangenen, die sich nicht testen lassen, wird unterschiedlich umgegangen:

— in Berlin, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz haben Gefangene, die sich entgegen ärztlicher Empfehlung nicht testen lassen, keine negativen Konsequenzen zu erwarten;

— in Hessen und im Saarland behandelt man Testverweigerer generell wie HIV-Infizierte;

— in Baden-Württemberg und Bayern nur dann, wenn sie einer Hauptbetroffenengruppe zuzurechnen sind;

— in Schleswig-Holstein wird „individuell nach den im Einzelfall vorliegenden Erkenntnissen unter Einschaltung des Anstaltsarztes entschieden".

Da die Beratung der Gefangenen vor dem Test sehr unterschiedlich gehandhabt wird, gehen die Urteile über die Qualität der Beratungen auseinander. Die Freiwilligkeit wird gelegentlich bezweifelt. Es falle immerhin auf, daß sich sehr viel weniger Gefangene testen lassen, wenn der Test, wie in Bremen, anonym durchgeführt werde.

5.5.3.1.3 Testbereitschaft

Der Anteil der Gefangenen, die sich auf HIV-Antikörper testen lassen, ist unterschiedlich hoch. Er lag zu Beginn des Jahres 1989 bei:

Baden-Württemberg:	Männer 82,5 %, Frauen 90 %
Bayern:	ca. 97 %
Berlin:	keine Angaben
Bremen:	ca. 30 % mit hoher Dunkelziffer
Hamburg:	ca. 90 %
Hessen:	ca. 98 %
Niedersachsen:	44,4 %
Nordrhein-Westfalen:	ca. 90 %
Rheinland-Pfalz:	78,41 %
Saarland:	keine Angaben
Schleswig-Holstein:	keine Angaben

5.5.3.2 Rechtsprechung und Rechtswissenschaft

Die Rechtsprechung hat bereits entschieden, daß auch ein Strafvollzugshäftling in der Regel nur mit Einwilligung getestet werden darf. § 101 Abs. 1 StVollzG gibt nur für Ausnahmefälle die Möglichkeit eines Zwangstests.

In der Rechtswissenschaft besteht Einigkeit darüber, daß generelle Zwangstests ohne besonderen rechtfertigenden Anlaß nicht zulässig sind. Während aber einige Zwangstests schlechthin ablehnen, sind andere der Meinung, daß sie zumindest in Sonderfällen zulässig seien. Allerdings werden die Voraussetzungen solcher Sonderfälle sehr unterschiedlich beschrieben.

In der Rechtswissenschaft wird außerdem die Auffassung vertreten, es sei unzulässig, die Tests mittelbar durch die Androhung von Nachteilen zu erzwingen wie etwa durch die Ankündigung, daß Testverweigerer wie HIV-Infizierte behandelt werden, von denen Gefahren ausgehen.

Vereinzelt wird bezweifelt, ob jugendliche Strafgefangene schon ausreichend einsichtsfähig sind, um in einen HIV-Antikörpertest einzuwilligen. Im Jugendhilferecht verweist man dazu auf das selbständige Beschwerderecht von Minderjährigen im Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit (§ 59 Abs. 1, 3 FGG) und auf ihre sozialrechtliche Handlungsfähigkeit (§ 36 SGB I). Daraus folgert man dort, daß man bei Minderjährigen ab einem Alter von etwa 14 Jahren grundsätzlich von ausreichender Einsichtsfähigkeit ausgehen könne.

5.5.4 Die Behandlung der HIV-infizierten Gefangenen

5.5.4.1 Beratung und Betreuung

Die Mitwirkung der Anstaltsärzte an der Beratung und Betreuung der infizierten Gefangenen beschränkt sich durchweg auf die Eröffnung des Testergebnisses und die Belehrung über die gebotene Infektionsprophylaxe sowie auf die diagnostische Abklärung und laufende Überwachung des Gesundheitszustandes der Betroffenen. Zu einer weitergehenden umfassenden Betreuung sind die Ärzte schon aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage. Dasselbe gilt wohl auch für die Anstaltspsychologen. Deshalb liegt die psychosoziale Betreuung der infizierten Gefangenen meist in den Händen der Sozialarbeiter und der Anstaltsgeistlichen. Sie erfordert einen hohen zeitlichen und persönlichen Aufwand und setzt entweder eine spezielle Schulung oder doch zumindest eine eingehende Beschäftigung mit der Problematik voraus. Diese Voraussetzungen sind nicht immer gegeben. Auch fehlt es an einem einheitlichen Beratungs- und Betreuungskonzept mit entsprechenden Durchführungsbestimmungen. Das kann sich vor allem bei kleineren Anstalten nachteilig auswirken. Es kommt deshalb immer wieder vor, daß sich infizierte Gefangene mit ihrer Problematik allein gelassen fühlen.

In diesem Zusammenhang fällt ins Gewicht, daß die Gefangenen nicht die freie Arztwahl haben und daß sie den Ärzten im Gefängnis sehr oft mit Mißtrauen begegnen. Es kommt dadurch nicht zu einer die psychische Verfassung der Gefangenen stützenden vertrauensvollen Arzt-Patienten Beziehung. Man ist deshalb zum Teil bemüht, die Ausführung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen zu externen Ärzten großzügig zu handhaben. Das scheitert aber nicht selten an der Kostenfrage.

In vielen Anstalten wird es Mitarbeitern von AIDS- und Drogenhilfen gestattet, die infizierten Gefangenen mit zu betreuen. Ihre Arbeit wird allgemein als sehr hilfreich bewertet. Ähnlich wie den Anstaltsgeistlichen gelingt es ihnen leichter, das Vertrauen der infizierten Gefangenen zu erwerben. Den Sozialarbeitern der Vollzugsanstalt begegnen die infizierten Gefangenen dagegen eher mit Mißtrauen, weil sie wissen, daß diese nicht der Schweigepflicht unterliegen. Andererseits können die Sozialarbeiter leichter für die Betroffenen positive Veränderungen durchsetzen als anstaltsfremde Mitarbeiter von externen Organisationen. Deshalb ist eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten wichtig.

Sehr positiv wirken sich Selbsthilfegruppen aus. Allerdings gibt es bei ihnen im Hinblick auf die Schweigepflicht der Betreuer dieselben Akzeptanzprobleme. Auch ist die Teilnahme an anstaltsinternen Selbsthilfegruppen zwangsläufig mit einem anstaltsöffentlichen Eingeständnis der Infektion verbunden. Deshalb wird es infizierten Gefangenen gelegentlich gestattet, stattdessen die externen AIDS- bzw. Drogenhilfen zwecks Beratung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen aufzusuchen.

Die Betreuung der infizierten ausländischen Häftlinge scheitert sehr oft an den Sprachbarrieren.

5.5.4.2 Verpflegung und Unterbringung

HIV-infizierte Gefangene erhalten entweder generell oder nach Anordnung der Ärzte zusätzliche Nahrungsmittel oder eine besondere Kost.

Bei der Unterbringung muß man zwischen „Einzelunterbringung" und „Einzelhaft" unterscheiden. Einzelhaft bedeutet die Absonderung des Gefangenen in einer Einzelzelle während der Arbeit, der Freizeit und der Ruhezeit. Sie ist nur in ganz besonderen Ausnahmefällen zulässig (§§ 88, 89 StVollzG). Die HIV-Infizierung als solche rechtfertigt keine Einzelhaft. Die Einzelunterbringung bezieht sich auf die „Ruhezeit". Sonst, d. h. während der Arbeitszeit und der Freizeit, befinden sich die Gefangenen in Gemeinschaft der Mitgefangenen. Die gemeinschaftliche Unterbringung während der Arbeit und der Freizeit kann nach §§ 17 Abs. 3, 103 Nr. 5 und 9 StVollzG nur in besonderen Ausnahmefällen eingeschränkt werden. Das gilt auch für HIV-infizierte Gefangene.

Die Einzelunterbringung während der Ruhezeit ist nach dem Gesetz die Regel (§ 18 StVollzG). Jedoch dürfen die Gefangenen während der Ruhezeit auch gemeinsam untergebracht werden, solange die räumlichen Verhältnisse der Anstalt dies erfordern (§ 201 Nr. 3 StVollzG). Bei HIV-infizierten Gefangenen wird eine gemeinschaftliche Unterbringung während der Ruhezeit nur zugelassen, wenn die Mitgefangenen damit einverstanden sind. Zu diesem Zweck müssen die infizierten Gefangenen darin einwilligen, daß die Mitgefangenen über die Infektion unterrichtet werden. Genauso wird beim Umschluß verfahren. Das ordnet, je nach Handhabung der Schweigepflicht, entweder die Anstaltsleitung oder der Anstaltsarzt an.

In Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein werden HIV-infizierten Gefangenen bei Sammeltransporten Einzelkabinen zugewiesen.

5.5.4.3 Arbeitseinsatz

In Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, im Saarland und in Schleswig-Holstein dürfen HIV-infizierte Gefangene „aus psychologischen Gründen" nicht mit der Verarbeitung, Behandlung oder Ausgabe von Lebensmitteln befaßt oder als Friseur eingesetzt werden. Genauso wird auch in Berlin und in Nordrhein-Westfalen verfahren.

In Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen und Schleswig-Holstein wird der HIV-Infektionsstatus der Gefangenen externen Arbeitgebern nicht mitgeteilt. In Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und im Saarland werden externe Arbeitgeber über den HIV-Infektionsstatus der Gefangenen unterrichtet, wenn die Arbeitgeber die Beschäftigung von Gefangenen von einer solchen Mitteilung abhängig machen und die Gefangenen in die Mitteilung einwilligen. In der Praxis können die Gefangenen diese Zustimmung meist schon deshalb nicht verweigern, weil sie sonst befürchten müssen, ihre Bewährungswürdigkeit nicht unter Beweis stellen zu können. Nordrhein-Westfalen hat allerdings angeordnet,

daß Gefangene, die wegen der Infektion an bestimmten Arbeitsplätzen nicht eingesetzt werden können, nicht deshalb aus dem offenen in den geschlossenen Vollzug zurückverlegt werden dürfen.

5.5.4.4 Vollzugslockerungen und Urlaub

In Bayern kann die Gewährung von Vollzugslockerungen und von Urlaub davon abhängig gemacht werden, daß die Gefangenen ihre Intimpartner oder andere gefährdete Personen über die Infektion unterrichten und der Anstaltsleitung die Unterrichtung nachweisen. In Hamburg und im Saarland sollen die Gefangenen bei der Vorbereitung von Vollzugslockerungen durch Appell an ihre „soziale Verantwortung gegenüber den Kontaktpersonen" zu entsprechenden Mitteilungen motiviert werden. Davon abgesehen werden Vollzugslockerungen allgemein nur gewährt, wenn von den Gefangenen ein verantwortungsvolles (Sexual-)Verhalten erwartet werden kann.

5.5.4.5 Strafaufschub und Unterbrechung der Strafvollstreckung

Bei der Gewährung von Strafaufschub und Strafunterbrechung richten sich alle Länder nach dem Beschluß der 57. Justizministerkonferenz vom 16. bis 18 September 1988 in Mainz. Er lautet:

„Die Justiziminister und -senatoren haben die Auswirkungen der AIDS-Infektion auf Entscheidungen im Rahmen der Strafvollstreckung erörtert. Sie sind der Auffassung, daß die AIDS-Infektion in den ersten Stadien grundsätzlich keine Veranlassung gibt, Strafgefangene aus der Haft zu entlassen oder Verurteilte von Haft zu verschonen. Wenn die Infektion zu einem irreversiblen Krankheitsstadium geführt hat, ist zu prüfen, ob die Strafvollstreckung wegen Vollzugsuntauglichkeit nach § 455 StPO aufzuschieben oder zu unterbrechen ist. Für darüber hinausgehende Gnadenerweise kommt es — wie bei anderen lebensbedrohende Erkrankungen auch — auf die Umstände des Einzelfalles an".

Bei dieser Einzelfallprüfung stellen die Vollstrekkungsbehörden regelmäßig nur darauf ab, ob die Infektions- und Krankheitserscheinungen in den Vollzugskrankenhäusern ausreichend behandelt werden können. Dagegen fällt die oft außerordentlich schlechte psychische Verfassung der infizierten und kranken Gefangenen meist nicht sonderlich ins Gewicht.

Daneben hängt die Entscheidung über eine Unterbrechung der Strafvollstreckung auch davon ab:

„— ob eine ausreichende medizinische und soziale Betreuung des Verurteilten nach seiner Entlassung sichergestellt ist,

— ob unter dem Gesichtspunkt der Prognose (Gefährdung der Allgemeinheit durch weitere Straftaten des Verurteilten) Bedenken bestehen oder

— ob unter dem Gesichtspunkt der Aufrechterhaltung der Rechtstreue der Bevölkerung weiter vollstreckt werden muß (Fälle schwerer und schwerster Kriminalität)".

Wie schon im *Zwischenbericht* der Kommission ausgeführt (Abschnitt C, Kapitel II Nr. 13, 14), besteht bei drogenabhängigen Verurteilten, die manifest an AIDS erkrankt sind, eine „Betreuungslücke". Auch muß, wenn man bei solchen Verurteilten eine Substitution ablehnt, mit weiteren suchtbedingten Straftaten gerechnet werden. Das führt dazu, daß die Strafvollstreckungsbehörden bei drogenabhängigen Verurteilten einen Aufschub oder eine Unterbrechung der Vollstreckung selbst bei desolatem psychischen und körperlichen Zustand der Verurteilten ablehnen. Es wird geltend gemacht, das sei verfassungsrechtlich problematisch, wenn die Gefangenen nur noch eine kurze Lebenserwartung haben.

5.5.5 Schweigepflicht und Datenschutz

5.5.5.1 Die Praxis der Justizverwaltungen

Die Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht ist in den Ländern unterschiedlich geregelt:

Die Länder Berlin, Bremen, Niedersachsen und das Saarland stehen auf dem Standpunkt, daß die Anstaltsärzte eigenverantwortlich zu entscheiden haben, ob es erforderlich ist, die Anstaltsleitung von einem positiven Testergebnis zu unterrichten. Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein haben angeordnet, daß der Anstaltsarzt den positiven Befund dem Anstaltsleiter mitteilen muß. Der Anstaltsleiter muß in den Ländern Baden-Württemberg und Hessen in der Regel seinen Vertreter, die Vollzugsdienstleitung sowie die betroffenen Abteilungsbeamten und Betriebsleiter über den positiven Befund unterrichten; in Bayern und in Hamburg hat er darüber im Benehmen mit dem Anstaltsarzt zu entscheiden. In der Praxis kommt es auch in diesen Ländern vor, daß Anstaltsleiter auf eine namentliche Meldung der infizierten Gefangenen durch die Ärzte verzichten oder daß sie den positiven Befund an andere Bedienstete nur weitergeben, wenn konkrete Anhaltspunkte auf die Möglichkeit hindeuten, daß sich ein infizierter Gefangener unverantwortlich verhalten könnte.

Nach den Richtlinien soll der positive Befund vermerkt werden:

— in Berlin, Bremen, Niedersachsen und im Saarland nur in den Gesundheitsakten;

— in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen und in Nordrhein-Westfalen in den Gesundheitsakten sowie zusätzlich bei Vorführungen und Transporten in den Begleitpapieren bzw. in Baden-Württemberg auf einer besonderen Anlage zum Transportschein, in Nordrhein-Westfalen allerdings mit der Einschränkung: „soweit nicht aufgrund der Erkenntnisse über die Persönlichkeit des Gefangenen, sein Verhalten und seine Lebensweise davon abgesehen werden kann";

— in Schleswig-Holstein in den Gefangenenpersonalakten sowie zusätzlich bei Vorführungen und Transporten in den Begleitpapieren.

In der Praxis werden die Gesundheitsakten zuweilen durch einen roten Punkt oder ähnliche Zeichen auffallend gekennzeichnet. Auch existieren Listen mit den Namen der infizierten Gefangenen, die im Sanitätsbereich für den Nachtdienst ausliegen. Es kommt vor, daß Bedienstete im Sanitätsbereich ihren Kollegen im allgemeinen Vollzugsbereich auf Nachfragen Informationen über infizierte Gefangene zugänglich machen. In Nordrhein-Westfalen wird der positive Befund entgegen der Anweisung teilweise auf dem A-Bogen der Personalakten vermerkt. Der positive Befund gerät auch dadurch in die allen Bediensteten zugänglichen Personalakten, daß die Transportscheine und Begleitpapiere oder richterlichen Aufnahmeersuchen entsprechende Hinweise enthalten.

Daneben haben sich besondere Formen von Hinweisen auf tatsächlich oder vermeintlich HIV-infizierte Gefangene herausgebildet. Das geschieht durch verdeckte oder offene Kennzeichen auf Laufkarten, Personalakten usw. — ein System, das immer unübersichtlicher wird und bei dem sich gezeigt hat, daß es trotz energischer Gegenmaßnahmen nicht steuerbar und nicht zu beseitigen ist. Da wiederum nicht jeder Bedienstete mit der Bedeutung aller formellen und informellen Hinweise vertraut ist, tragen diese keineswegs zur Beruhigung bei, sondern führen im Gegenteil zu einer immer größeren Verunsicherung.

Schließlich werden HIV-Infizierte auch dadurch allgemein bekannt, daß gegenüber inifzierten Gefangenen spezielle Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden (z. B. Zellenkontrollen mit Handschuhen) oder daß die infizierten Gefangenen an speziellen Betreuungsmaßnahmen teilnehmen oder besondere Vergünstigungen (Obstzulage usw.) erhalten. Auch haben viele Gefangene mindestens zeitweise das Bedürfnis, mit anderen über ihr Lage zu sprechen. Praktisch ist deshalb binnen kurzem allgemein bekannt, welche Gefangenen infiziert sind.

Das alles hat zu der Haltung geführt, daß sich die Vollzugs- und Werksbeamten bei den bekanntermaßen HIV-infizierten Gefangenen vorsichtig verhalten, aber sonst selbstverständlich davon ausgehen, daß alle anderen Gefangenen und die Bediensteten nicht infiziert sind. In Übereinstimmung mit dieser Haltung wird das „Kontrollsystem" von den meisten Vollzugsbeamten mit Nachdruck verteidigt.

5.5.5.2 Arztgeheimnis und Datenschutz im Spiegel der Rechtsprechung und Rechtswissenschaft

Die Feststellungen, daß bei einem Strafgefangenen Anhaltspunkte für eine HIV-Infektion vorliegen oder daß ein Antikörpertest bei ihm zu einem positiven Ergebnis geführt hat, sind besonders schutzwürdige personenbezogene Daten des Betroffenen. Sie unterliegen daher dem verfassungsrechtlich verbürgten informationellen Selbstbestimmungsrecht. Das bedeutet, daß Erhebungen zum HIV-Status eines Strafgefangenen, die Verarbeitung der so gewonnen Daten sowie deren Weitergabe grundsätzlich unzulässig sind, es sei denn, der Betroffene habe wirksam eingewilligt oder die Maßnahme beruhte auf einer zulänglichen Befugnisnorm. Wegen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit sind an die Gründe zur normativen Einschränkung dieses Rechts besondere Anforderungen zu stellen. Dies gilt sowohl für das Gewicht solcher Gründe wie für die Eindeutigkeit der Regelung.

Die mit der ärztlichen Schweigepflicht im Strafvollzug zusammenhängenden Fragen sind bisher nicht höchstrichterlich geklärt.

In der Rechtswissenschaft besteht nur Einigkeit darüber, daß Anstaltsärzte der Schweigepflicht des § 203 StGB unterliegen. Ob und in welchem Umfang dies aber zumal für die innerbehördliche Informationsweitergabe gilt, ist umstritten. Hier wird einerseits die Ansicht vertreten, daß der Anstaltsarzt nur im Falle eines rechtfertigenden Notstandes, § 34 StGB [1]), Gesundheitsdaten des Strafgefangenen weiterleiten dürfe. Andererseits hält man den Arzt schon dann zur Durchbrechung seiner Schweigepflicht für befugt, wenn und soweit eine Erkrankung des Strafgefangenen „in die Vollzugsgemeinschaft hineinwirke". Ob in einem solchen Fall für den Arzt gar keine Schweigepflicht besteht oder ob er sich insoweit auf ein Rechtfertigungsgrund berufen kann, ist gleichfalls umstritten.

Je nachdem, auf welchen Standpunkt man sich stellt, sind die Anstaltsärzte befugt, alle infizierten Gefangenen der Anstaltsleitung zu melden oder nur solche, bei denen mit einem unverantwortlichen Verhalten und demgemäß mit Ansteckungsgefahren für andere Strafgefangene gerechnet werden muß. Weitgehende Einigkeit besteht darüber, daß ein Hinweis auf eine HIV-Infektion in die allgemein zugänglichen Personalakten und Transportpapiere nur aufgenommen werden darf, wenn von infizierten Gefangenen Gewalttätigkeiten ernstlich zu befürchten sind. Von der Rechtswissenschaft wird deshalb — auch im Hinblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts über das informationelle Selbstbestimmungsrecht (BVerfGE 65,1) — eine klare Regelung gefordert, wann die Anstaltsärzte die Schweigepflicht befugtermaßen durchbrechen dürfen und gegebenenfalls müssen und wie die dem Arztgeheimnis unterliegenden Tatsachen im Vollzug zu behandeln sind (Weitergabe an andere Bedienstete und an Aufsichtsbehörden sowie Datenschutz).

[1]) § 34 Rechtfertigender Notstand.
Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, und Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anders Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies git jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

II. Auswertungen

5.5.6.1

Häftlinge können — anders als freie Bürger — sehr viel intensiver kontrolliert und überwacht werden. Gleichwohl ist es auch in den Haftanstalten wegen der zum Teil sehr hohen Fluktuation und der vielfältigen Außenkontakte der Gefangenen durch Besuche, Ausführungen, Urlaub und Vollzugslockerungen sowie wegen der mit dem HIV-Antikörpertest verbundenen diagnostischen Unsicherheiten nicht möglich, die infizierten Gefangenen zuverlässig herauszufinden und infektionsriskante Kontakte völlig zu unterbinden.

Aufgrund des besonderen Risikopotentials und aufgrund der höheren Durchseuchung in Justizvollzugsanstalten ist davon auszugehen, daß es dort zu Infektionen kommen kann; diese Vermutung ist bisher jedoch nicht belegt. Entscheidend ist deshalb, mit dem vorhandenen Risikopotential verantwortungsvoll umzugehen.

Die Voraussetzung einer wirksamen Prävention in den Strafanstalten ist die Anerkennung der Tatsache, daß es Drogengebrauch, Nothomosexualität und homosexuelle Gefangene in den Justizvollzugsanstalten gibt. Die Probleme des Drogengebrauchs sind besser mit den Drogenabhängigen und nicht gegen sie zu lösen. Deshalb hängt der Erfolg der Präventionsbemühungen in den Justizvollzugsanstalten wie auch sonst vor allem davon ab, ob es gelingt, durch Präventionsarbeit Verhaltensänderungen zu bewirken.

5.5.6.2

Für die Präventionsarbeit in den Justizvollzugsanstalten gibt es gute Ansätze. Es fehlen aber bisher noch überzeugende Konzepte für kontinuierliche Beratungs- und Gesprächsangebote. Die Aufklärung beschränkt sich nicht selten auf bloße Wissensvermittlung. Die Möglichkeit des persönlichen Gesprächs und der Gruppenberatung vor allem im Zusammenhang mit den Testangeboten sollten in allen Strafvollzugsanstalten besser genutzt und ausgebaut werden.

Ähnlich verhält es sich mit der Beratung und Betreuung der HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlinge. Diese Aufgabe obliegt meist Sozialarbeitern der Strafvollzugsanstalt. Sie sind damit aber oft schon zeitlich überfordert. Auch fehlt ihnen dafür nicht selten die spezielle Schulung. Außerdem gibt es wegen der fehlenden Schweigepflicht Akzeptanzprobleme.

Es wäre günstig, mit diesen Aufgaben Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu betreuen. Ihre Arbeit sollte nicht mit einer Entscheidungsbefugnis belastet sein. Das könnte notfalls auch durch freie Mitarbeiter nach § 155 Abs. 1 StVollzG geschehen.

Sie sollten folgende Aufgaben haben

- Entwicklung und Umsetzung von Aufklärungsprogrammen sowie von Programmen zur Prophylaxe (Safer-sex-Infos, Desinfektion von Spritzen, Motivation zur Drogentherapie usw.);
- Einzel- und Gruppenberatung von Gefangenen und von Bediensteten (Hauskonferenzen), Telefonberatung;
- Anleitung von Gruppen HIV-infizierter Gefangener mit dem Ziel, die Gefangenen psychisch zu stabilisieren und zur besseren Lebensbewältigung zu befähigen;
- Anleitung und Hilfestellung bei der Einzelfallaufarbeitung in Form von Supervision von Gruppenleitern, die mit HIV-Infizierten Gefangenen Einzel- und Gruppenarbeit durchführen;
- Beratung und Betreuung von Angehörigen HIV-infizierter Gefangener;
- Vermittlung externer Beratung und Hilfe;
- Zusammenarbeit mit den externen AIDS- und Drogenhilfeeinrichtungen und deren Koordinierung innerhalb der Anstalt, Bildung eines entsprechenden Arbeitskreises.

Es müßte außerdem gewährleistet sein, daß diese Berater mindestens im Grundsatz der Schweigepflicht unterliegen und daß die Gefangenen freien und unkontrollierten Zugang zu ihnen haben.

5.5.6.3

Die Betreuung HIV-infizierter und AIDS-kranker Häftlinge durch Mitarbeiter von externen AIDS- und Drogenhilfen hat sich bewährt. Sie sollte soweit wie möglich gefördert werden. Als sehr positiv haben sich auch Gesprächs- und Selbsthilfegruppen erwiesen. Allerdings scheuen manche Betroffene vor der Teilnahme an solchen Gruppen zurück, weil sie befürchten, daß dadurch ihr Betroffensein allgemein bekannt wird. In solchen Fällen sollte es den Betroffenen, wenn es vertretbar ist, gestattet werden, die externen AIDS- und Drogenhilfen zwecks Beratung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen aufzusuchen. Auch sollte man die Ausführung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken Häftlingen zu externen Ärzten großzügig handhaben, wenn auf diese Weise Ängste abgebaut werden können.

5.5.6.4

Bei der Beratung und Betreuung ausländischer Häftlinge gibt es wegen der Sprachbarrieren noch erhebliche Defizite. Die Justizverwaltungen sollten deshalb eine zentrale Stelle mit der Aufgabe betreuen, die

schon vorhandenen Merkblätter in ausländischen Sprachen zu erfassen und die Bezugsquellen nachzuweisen. Außerdem sollte diese Stelle dafür sorgen, daß auch für die anderen im Vollzug vorkommenden Sprachen, für die es noch keine Merkblätter gibt, solche erstellt werden. Desweiteren wäre es wichtig, in einem Überblick festzuhalten, wo es für infizierte und kranke ausländische Häftlinge mit weniger geläufigen Sprachen ausreichende Betreuungsmöglichkeiten gibt, damit die Betroffenen gegebenenfalls in solche Anstalten verlegt werden können.

5.5.6.5

In den Justizvollzugsanstalten ist der Anteil von Drogenabhängigen in der Regel wesentlich höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Drogenabhängigkeit impliziert in besonders hohem Maße das Risiko einer HIV-Infektion. Zudem verstärkt die Bedrückung durch die Haftsituation die Versuchung, sich durch Drogen Erleichterung zu verschaffen. Dem sollte ein realistisches Präventionskonzept Rechnung tragen. Es wäre für die Prävention in den Justizvollzugsanstalten von Vorteil, wenn sich die Justizvollzugsanstalten entschließen könnten:

— in jeder Anstalt Möglichkeiten zum körperlichen Entzug unter ärztlicher und psychotherapeutischer Begleitung anzubieten, wobei das Angebot wegen der besseren Akzeptanz auch die Möglichkeit zum medikamentengestützten „weichen" Entzug unter ärztlicher Kontrolle mit umfassen müßte. Im übrigen wird zur Substitutionsbehandlung in Strafvollzugsanstalten auf den *Zwischenbericht* unter Punkt 6.3 und 6.6 verwiesen;

— den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen.*) Das milde Desinfektionsmittel Natriumhypochlorit sollte allgemein zugänglich sein;

— eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG auch zuzulassen, wenn sich Verurteilte wegen ihrer Abhängigkeit in einer Substitutionsbehandlung befinden oder zusagen, sich einer solchen zu unterziehen und deren Beginn gewährleistet ist. Sofern Einwegspritzen oder Desinfektionsmaterial an die Häftlinge ausgegeben werden, muß in geeigneter Weise dem Eindruck entgegengewirkt werden, daß man den Drogenkonsum in der Vollzugsanstalt dulde.**)

5.5.6.6

Ein realistisches Präventionskonzept sollte auch der Tatsache Rechnung tragen, daß die erzwungene sexuelle Abstinenz in den Haftanstalten Ersatzhandlungen fördert, deren Eingeständnis den Gefangenen schwerfällt. Deshalb sollten Kondome und wasserlösliche Gleitmittel in den Haftanstalten so zugänglich sein, daß sich Gefangene damit unbemerkt versorgen können. In einem Teil der Anstalten wird bereits so verfahren. Das hat offenbar nicht zu Schwierigkeiten geführt.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 361
**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 361

5.5.6.7

Während einige Länder dem Test weniger Bedeutung beimessen, unternehmen andere erhebliche Anstrengungen, um die Gefangenen zu testen. Es gibt bisher keine Belege dafür, daß sich die unterschiedliche „Testpolitik" günstig oder ungünstig auf die Prävention auswirkt. Wichtig ist vor allem die Qualität der Beratung und Betreuung.

Es wurde in der Anhörung geltend gemacht, daß die hohen Testzahlen von über 90 % darauf beruhen, daß den Gefangenen Nachteile angedroht wurden wie etwa die Ankündigung, daß alle Testverweigerer ausnahmslos wie HIV-Infizierte behandelt werden. Solche undifferenzierte Behandlung aller Testverweigerer wirft rechtliche Probleme auf.*)

5.5.6.8

Für die Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutz fehlen Rechtsvorschriften, die den gewandelten Rechtsauffassungen über das informationelle Selbstbestimmungsrecht auch der Gefangenen genügen. In der Praxis hat sich gezeigt, daß sich unsensible Handhabungen der ärztlichen Schweigepflicht auf die Prävention ungünstig auswirken können. Wenn in einer Anstalt allgemein bekannt ist, welche Häftlinge infiziert sind, neigen die Vollzugs- und Werkbeamten eher dazu, sich nur bei den bekannten Infizierten vorsichtig zu verhalten und sonst selbstverständlich davon auszugehen, daß alle anderen Gefangenen und die Bediensteten nicht infiziert seien.

Eine gesetzliche Regelung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes sollte deshalb von dem Grundsatz ausgehen, daß die Anstaltsärzte das Arztgeheimnis nur durchbrechen dürfen und müssen, wenn sie aufgrund ihres Eindrucks von der Persönlichkeit eines Häftlings, seines Verhaltens und seiner Lebensweise gebieten. Solche Interessen sind jedoch gesetzlich zu regeln. Außerdem müßte das Gesetz den Kreis der Personen, der gegebenenfalls zu unterrichten ist, umschreiben und ihnen dieselbe Verpflichtung zur Wahrung des Arztgeheimnisses auferlegen. Schließlich sollte in dem Gesetz geregelt werden, daß die dem Arztgeheimnis unterliegenden Tatsachen nicht in offenen Schreiben weitergegeben und nur in den Gesundheitsakten festgehalten werden dürfen und daß entsprechende Hinweise in den Personalakten, Transportpapieren und Aufnahmeersuchen nur in den oben beschriebenen Ausnahmefällen zulässig sind.**)

5.5.6.9

Die Justizverwaltungen sollten ihre bisherige Praxis aufgeben, HIV-infizierte Gefangene aus „psychologischen Gründen" von Küchen- und Hausarbeiten auszuschließen. Das hat in den Ländern, die sich dazu bereits entschlossen haben, nicht zu Schwierigkeiten geführt. Auch die Justizverwaltungen räumen ein,

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 362
**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 362

daß die damit verbundenen Ängste unbegründet sind. Durch gegenteilige Anordnungen bestärken sie aber diese Ängste. Dadurch gefährden sie die Glaubwürdigkeit der für ein angstfreies Zusammenleben in den Haftanstalten besonders wichtigen Präventionsaussage, daß normale soziale Kontakte ungefährlich sind.

5.5.6.10

Ähnlich verhält es sich mit der Praxis einiger Justizverwaltungen, dem Druck von Arbeitgebern nachzugeben und ihnen mitzuteilen, welche der bei ihnen beschäftigten Gefangenen infiziert sind. Eine solche Information bedarf immer eines besonderen Grundes. Es ist zu befürchten, daß durch ein solches Nachgeben staatlicher Verwaltungen auch andere Arbeitgeber zu derart rechtswidrigen Fragen ermutigt werden.

5.5.6.11

Die Praxis mancher Justizverwaltungen, Urlaub und Vollzugslockerungen bei HIV-infizierten Gefangenen generell davon abhängig zu machen, daß die Gefangenen ihre Intimpartner von der Infektion unterrichten, ist nach Ansicht eines Teils der Kommission mit der Rechtsprechung des BGH und des Bayerischen Oberlandesgerichts über die Pflichten der Infizierten nicht zu vereinbaren. Nach dieser Ansicht hätten die Infizierten die Wahl: Sie könnten entweder ihre Partner aufklären oder durch die Benutzung von Kondomen dafür sorgen, daß sich das erhöhte Risiko nicht auswirkt bzw. weiter erhöht. Daraus folgern diese Mitglieder der Kommission, daß auch die Haftanstalten dieses Wahlrecht der Infizierten nicht generell mißachten und deshalb Urlaub und Vollzugslockerungen allenfalls dann von weitergehenden Auflagen abhängig machen dürfen, wenn sie aufgrund ihres Eindrucks von der Persönlichkeit eines Häftlings, seines Verhaltens und seiner Lebensweise Anlaß für die Befürchtung haben, daß er seine Pflichten mißachten wird.

Nach der Ansicht des anderen Teils der Kommission lassen sich derartige Folgerungen aus den genannten Entscheidungen nicht ziehen. Ein Wahlrecht zwischen Aufklärung des Partners und Kondombenutzung stehe dem Infizierten daher nicht zu. Vielmehr habe er jeden Partner über die Tatsache, daß er infiziert sei, zu infomieren. Allerdings mache er sich, wenn er dies unterlasse, nicht strafbar, solange er nur die erforderlichen Schutzvorkehrungen treffe. *)

5.5.6.12

Nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung ist eine Benachteiligung von AIDS-kranken Häftlingen unzulässig. Deshalb darf die HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung kein grundsätzlicher Hinderungsgrund, für die Erleichterung oder Unterbrechung der Haft sein. Prinzipiell sollte es schwer Erkrankten ermöglicht werden, in Freiheit zu sterben. § 2 StVollzG, § 45 StVollstrG erfordern diesbezüglich eine Einzelfallentscheidung unter Abwägung der Sicherheitsbedürfnisse der Bevölkerung und der Interessen des Einzelnen.

Im übrigen sollte bei der Prüfung der Vollzugstauglichkeit von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen auch ihre psychische Verfassung und deren mögliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Betroffenen in die Abwägung mit einbezogen werden.

5.5.6.13

Häftlingen sollte immerhin in regelmäßigen Abständen auf freiwilliger Basis die Möglichkeit einer Beratung und eines anonymen HIV-Tests angeboten werden.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie bei den Ländern anzuregen,

5.5.7.1

im Hinblick auf die gewandelte Rechtsauffassung über das informationelle Selbstbestimmungsrecht auch der Gefangenen, die bisherige Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in den Justizvollzugsanstalten zu überprüfen und entsprechende Gesetzentwürfe vorzulegen;

5.5.7.2

in geeigneter Weise sicherzustellen, daß Homosexuelle insbesondere bei Entscheidungen über Bildung und Auflösung von Zellengemeinschaften, bei Entscheidungen über die Unterbringung während der Freizeit sowie beim Bezug von Informationsmaterialien homosexuellen Inhalts nicht aufgrund ihrer Homosexualität benachteiligt werden dürfen;

5.5.7.3

überzeugende Konzepte für kontinuierliche Beratungs- und Gesprächsangebote zu entwickeln;

---

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 362

5.5.7.4

mit der Beratung und Betreuung von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen nicht nur Sozialarbeiter, sondern auch Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu betrauen, eventuell ergänzt durch freie Mitarbeiter nach § 155 Abs. 1 StVollzG, die folgende Aufgaben haben sollten:

- Entwicklung und Umsetzung von Aufklärungsprogrammen sowie von Programmen zur Prophylaxe (Safer-sex-Infos, Desinfektion von Spritzen, Motivation zur Drogentherapie usw.),
- Einzel- und Gruppenberatung von Gefangenen und von Bediensteten (Hauskonferenzen), Telefonberatung,
- Anleitung von Gruppen HIV-infizierter Gefangener mit dem Ziel, die Gefangenen psychisch zu stabilisieren und zur besseren Lebensbewältigung zu befähigen,
- Anleitung und Hilfestellung bei der Einzelfallaufarbeitung in Form von Supervision von Gruppenleitern, die mit HIV-infizierten Gefangenen Einzel- und Gruppenarbeit durchführen,
- Beratung und Betreuung von Angehörigen HIV-infizierter Gefangener,
- Vermittlung externer Beratung und Hilfe,
- Zusammenarbeit mit den externen AIDS-, Drogen- und Selbsthilfeeinrichtungen und deren Koordinierung innerhalb der Anstalt;

5.5.7.5

Die Betreuung HIV-infizierter und AIDS-kranker Häftlinge durch Mitarbeiter von externen AIDS- und Drogenhilfen weiter zu fördern, wobei es den Betroffenen, soweit es vertretbar ist, gestattet werden sollte, die externen AIDS- und Drogenhilfen zwecks Beratung und Teilnahme an Selbsthilfegruppen aufzusuchen;

5.5.7.6

im Hinblick auf die durch die Sprachbarrieren bedingten Defizite bei der Beratung und Betreuung ausländischer Häftlinge, eine zentrale Stelle mit der Aufgabe zu betrauen, die schon vorhandenen Merkblätter in ausländischen Sprachen zu erfassen und die Bezugsquellen nachzuweisen. Dabei wäre es wichtig, in einem Überblick festzuhalten, wo es für infizierte und kranke ausländische Häftlinge mit weniger geläufigen Sprachen ausreichende Betreuungsmöglichkeiten gibt, damit die Betroffenen gegebenenfalls in diese Anstalten verlegt werden können;

5.5.7.7

im Hinblick auf ein realistisches Präventionskonzept

- in jeder Anstalt Möglichkeiten zum körperlichen Entzug unter ärztlicher und psychotherapeutischer Begleitung anzubieten, wobei das Angebot wegen der besseren Akzeptanz auch die Möglichkeit zum medikamentengestützten „weichen" Entzug unter ärztlicher Kontrolle mit umfassen müßte,
- den Gefangenen die Möglichkeit zu eröffnen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen,*)
- den Gefangenen Natriumhypochlorit als Desinfektionsmittel frei zugänglich zu machen,
- drogenabhängigen Gefangenen, bei denen herkömmliche Entwöhnungstherapien keinen Erfolg versprechen, nach ärztlicher Entscheidung im Einzellfall Substitutionsbehandlungen anzubieten und sie im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen über den Entlassungszeitpunkt hinaus auf Methadon einzustellen. Es sollte auch sichergestellt werden, daß Neuinhaftierte, die bereits in einer Substitutionsbehandlung sind, die Behandlung fortführen können,
- eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 Betäubungsmittelgesetz auch zuzulassen, wenn sich Verurteilte wegen ihrer Abhängigkeit in einer Substitutionsbehandlung befinden oder zusagen, sich einer solchen zu unterziehen, sofern deren Beginn gewährleistet ist;**)

5.5.7.8

daß Kondome und wasserlösliche Gleitmittel in den Haftanstalten so zugänglich gemacht werden, daß sich Gefangene damit unbemerkt versorgen können;

5.5.7.9

die bisherige Praxis aufzugeben, HIV-infizierte Gefangene aus „psychologischen Gründen" von Küchen- und Hausarbeiten auszuschließen;

5.5.7.10

bei Arbeitgebern darauf hinzuwirken, daß sie die Beschäftigung von Gefangenen nicht von einer Information über deren HIV-Status abhängig machen und entsprechendem Druck von Arbeitgebern entgegenzuwirken;

5.5.7.11

von der teilweise üblichen Praxis abzugehen, Urlaub und Vollzugslockerung bei HIV-infizierten Gefangenen generell davon abhängig zu machen, daß die Gefangenen ihre Intimpartner von der Infektion unterrichten;***)

---

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 361
**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 361
***) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 362

5.5.7.12

Schwerkranken zu ermöglichen, in Freiheit zu sterben sowie bei der Prüfung der Vollzugstauglichkeit von HIV-infizierten und AIDS-kranken Häftlingen auch ihre psychische Verfassung und deren mögliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Betroffenen in die Abwägung mit einzubeziehen;

5.5.7.13

Häftlingen in regelmässigen Abständen auf freiwilliger Basis die Möglichkeit einer Beratung und eines anonymen HIV-Antikörpertests anzubieten;

5.5.7.14

geeignete Untersuchungsdesigns unter Wahrung der Anoymität und Freiwilligkeit zu entwickeln, um verläßlichere Informationen über Prävalenzen zu erhalten.

5. Kapitel: Zielgruppenspezifische Prävention

Unterabschnitt 6: Prävention und Tourismus

Seite

Einleitung

Das Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention** beschäftigt sich in allen Unterabschnitten mit der Frage, ob im Hinblick auf die Verbreitung von AIDS für die jeweiligen Gruppen eine spezifische Gefährdung besteht und stellt jeweils die wichtigsten Präventionsbotschaften für eine Zielgruppen dar.

Bei der Zielgruppe „Touristen" sind selbstverständlich Differenzierungen vorzunehmen. Die größte Zahl der bundesdeutschen Urlauber setzt sich auch während der Ferienzeit keinem Risiko der HIV-Infektion aus. Die Präventionsbotschaft des Safer sex muß sich daher an alle diejenigen richten, die Sexualkontakte mit Urlaubsbekanntschaften nicht ausschließen.

In den Sommermonaten des Jahres 1987 wurde deshalb vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) eine Aufklärungskampagne gestartet, in der mit Hilfe von Plakaten an den 470 Autobahntankstellen, -raststätten, -erfrischungsdiensten und -kiosken die Reisenden auf die Gefahr einer HIV-Ansteckung im Urlaub hingewiesen wurden. Slogans wie „Urlaub von der Treue ist das Ende der Sicherheit" oder „Kommen Sie gut an — und ohne AIDS zurück" sollten Urlaubsreisende noch einmal an Ansteckungsrisiken erinnern.

Die zum Teil erhebliche Promiskuität bei manchen Formen des Tourismus ist epidemiologisch nicht unbedenklich. Infektionen, die bei flüchtigen Urlaubsbekanntschaften z. B. im Mittelmeerraum erworben wurden, sind sehr wohl bekannt. Das Risiko ist durch die bislang nur geringe HIV-Prävalenz der Touristen noch klein. Es läßt sich durch Aufklärungsaktionen, aber auch durch Mitnahme von Kondomen in den Urlaub verringern. Zumindest erscheint es problematisch, daß Animateure in Ferienclubs auch heute noch ohne Hinweis auf AIDS-Risiken Gäste mehr oder weniger offen zur Promiskuität auffordern.

Besonders groß ist die Ansteckungsgefahr mit HIV im Zusammenhang mit dem Prostitutionstourismus in die Dritte Welt. Sogenannte Sextouristen, aber auch Reisende, die die Gelegenheit einer Besichtigungs- oder Dienstreise zu sexuellen Aktivitäten nutzen sowie Angehörige deutscher Firmen, Geschäftsleute usw., die alleine, mit Partnerin oder in der Gruppe in den asia-

tischen Raum oder in bestimmte afrikanische Staaten reisen, setzen sich, aber auch andere verstärkt einem Infektionsrisiko aus. Diese Touristen lassen sich weder Altersgruppen noch bestimmten sozialen Schichten zuordnen.

Auf den zahlenmäßig nicht einschätzbaren, aber durchaus vorhandenen weiblichen Sextourismus, der z. B. in Haiti, aber auch in Kenia eine gewisse Rolle spielt, wird hier nicht eingegangen, selbst wenn dort die Infektionsrisiken nicht unterschätzt werden sollten.

Die Kommission will in diesem Abschnitt weder vorrangig den Ursachen nachgehen, die Frauen und Kinder, häufig unter 16 Jahren, in diesen Ländern zur Prostitution treiben, noch kann sie im Rahmen dieses Berichts die Frage der Motivation der Sextouristen zufriedenstellend beantworten. Dies liegt vor allem daran, daß es bisher in der Bundesrepublik Deutschland keine wissenschaftliche Untersuchung der Freiermotivation, also der Kunden, des Kundenverhaltens, des Kundenauftretens usw. gibt.

In diesem Zusammenhang wird auf eine vom BMJFFG in Auftrag gegebene Studie zum Thema „Prostitutionstourismus, Heiratsvermittlung und Mädchenhandel mit ausländischen Mädchen und Frauen" sowie auf eine entsprechende Studie „Sextourismus" im Rahmen des Sofortprogramms des Senats von Berlin hingewiesen, die unter anderem ausführlich Ursachen, Auswirkungen und Folgen des Sextourismus untersuchen.

Die Behandlung des Themas Sextourismus ist hier unter dem Aspekt von AIDS zu sehen, wobei der Frage nachgegangen wird, wie in diesem Zusammenhang die Ausbreitung verhindert werden kann. Die Ausführungen dieses Unterabschnittes haben nicht zum Ziel, die Frauen in Zielländern des Sextourismus als besondere Risikogruppe herauszustellen. Vielmehr treibt in vielen Fällen die materielle Not, in der sich die Prostituierten und ihre Familien befinden, die Frauen dazu, auf alle Wünsche der Freier einzugehen. Häufig sind die Prostituierten finanziell nicht einmal in der Lage, Kondome zu kaufen, um sich selbst und ihre Kunden zu schützen.

I. Bestandsaufnahme

5.6.1 Ausgangslage

5.6.1.1 Die Entwicklung des Sextourismus am Beispiel Südostasien

Noch vor zwei Jahren wurde angenommen, daß sich aus Furcht vor AIDS das Problem des Sextourismus in die Dritte Welt von selbst erledigen würde. Inzwischen muß jedoch festgestellt werden, daß der Sextourismus einen regelrechten Boom erlebt. Bevorzugte Länder der Sextouristen aus Westeuropa, den USA, Japan, Malaysia, arabischen Staaten und Australien sind Thailand, die Philippinen, Südkorea, Kenia, Haiti, die Dominikanische Republik und Brasilien. Es gibt aber in nahezu allen Tropenländern eine große Anzahl von Hotelprostituierten sowie an Bedürfnissen von Ausländern orientierte einschlägige Nachtbars.

Die Entwicklung dieses Touristenstroms läßt sich gut am Beispiel Südostasien dokumentieren. Der Vietnamkrieg ließ auf den Philippinen und in Thailand durch die Anwesenheit des amerikanischen Militärs die Nachfrage nach Prostitution erheblich ansteigen. Es entstanden ganze Städte mit soldatenfreundlichen Infrastrukturen, in die die Armeeangehörigen im Zuge von groß angelegten „rest-and-recreation"-Programmen regelmäßig eingeflogen wurden. 700 000 amerikanische Soldaten kamen so während der Kriegszeit bis zum Abzug der US-Truppen nach Thailand. Nach dem Ende des Vietnamkrieges und dem Abzug großer Teile des amerikanischen Militärs wurde die vorhandene Infrastruktur des käuflichen Sexes für die Tourismusindustrie genutzt. Durch eine erstaunlich schnelle Umstellung war noch vor dem Abzug der letzten Militäreinheiten die Prostitution zu einem Bestandteil der internationalen touristischen Attraktion geworden. Dieser problemlose Übergang ist insbesondere darauf zurückzuführen, daß einerseits die thailändische Regierung schon Ende der 60er Jahre verstärkte Touristenwerbung betrieb und andererseits thailändische Kreise Interesse an der Aufrechterhaltung der lukrativen Deviseneinnahmen hatten. Heute muß Thailand als der größte internationale Markt für Sextourismus angesehen werden, wobei auch geschäftliche Interessen ausländischer Touristikunternehmen nicht ohne Auswirkungen auf diese Entwicklung bleiben.

Die Nachfrage der Männer nach käuflichem Sex und die materielle Not von Frauen, in Kombination mit entsprechender Werbung und Infrastruktur und Vermarktung, aber auch das gesteigerte Konsumbedürfnis der Frauen, scheint heute zu einem expandierenden Prostitutionsmarkt zu führen.

5.6.1.2 Umfang des Sextourismus

Es existieren keine Untersuchungen, mit denen sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Massentourismus und der Massenprostitution in Ländern der Dritten Welt beweisen ließe. Dennoch deuten parallele Entwicklungen in beiden Bereichen auf einen solchen Zusammenhang hin.

Eine Aufstellung der geschätzten Prostituiertenzahlen in Thailand, den Philippinen und Südkorea verdeutlicht die Dimension des Problems:

Anzahl der Prostituierten in ausgewählten Ländern Südostasiens 1950—1988

	Thailand	Philippinen	Südkorea
1950	20 000	ohne Angaben	ohne Angaben
1960	ohne Angaben	20 000	ohne Angaben
1970	300 000	200 000	ohne Angaben
1980	500 000—700 000	ohne Angaben	260 000
1988*)	1 Million		ca. 1 Million

Truong, Thanh-Dam: "Virtue, Order, Health and Money — Toward a Comprehensive Perspective on Female Prostitution in Asia" (Institute of Social Studies), Den Haag 1985

*) Schätzung von Fachleuten

Schätzungen gehen davon aus, daß 80 % der männlichen Touristen ausschließlich oder unter anderem wegen des bekannten Nachtlebens nach Thailand reisen, gleichzeitig sind ca. 70 % der Thailandreisenden Männer. Folglich müßten die Sextouristen etwa einen Anteil von 60 % an den Gesamttouristen ausmachen. Legt man diese Schätzung für eine Hochrechnung zugrunde, bedeutet diese für das Jahr 1987 mit einer Gesamttouristenzahl von rd. 3,5 Millionen in Thailand einen Sextouristenanteil von ungefähr 2 Millionen. Der Anteil deutscher Thailandtouristen betrug in diesem Jahr ca. 148 000, so daß nach der oben genannten Berechnung im Jahr 1987 ca. 90 000 deutsche Sextouristen Thailand besucht hätten.

Diese nur auf Schätzungen beruhende Berechnung der Zahl der Sextouristen in Thailand rückt aber auch dadurch in den Bereich der Wahrscheinlichkeit, daß jeder 5. Thailand-Tourist einschlägige Hotels bucht, die sich beispielsweise an „erlebnishungrige" Alleinreisende wenden. Häufig ist es für viele Männer nicht der erste Urlaub dieser Art, denn nur etwa 25—30 % der Sextouristen sind nach Angaben der „Arbeitsgemeinschaft gegen internationale und rassistische Ausbeutung" (agisra) das erste Mal in Asien.

Der Anteil der deutschen Thailandtouristen steigt kontinuierlich. Während 1986 eine Steigerung von 23,6 % im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen war, lag dieser Prozentsatz für 1987 bei 29,9 %. Im Vergleich zu 1987 wies das Jahr 1988 noch einmal eine Steigerungsrate von 40 % auf. Bis zum Ende dieses Jahres erwartet das Thailändische Staatliche Touristenamt eine Rekordzahl von 5 Millionen ausländischen Besuchern.

Wenn man bei anderen Ländern eine etwas vorsichtigere Schätzung des Anteils der Sextouristen an der Gesamttouristenzahl zugrunde legt (50 %), beeindruckt allein schon die Größenordnung des Sextourismus aus dem westeuropäischen Ausland.

5.6.1.3 Massentourismus als Deviseneinnahmequelle

Die Schulden der meisten Dritte-Welt-Länder auf den internationalen Devisenmärkten nehmen immer mehr zu. Die Ursachen liegen u. a. im Preisverfall traditioneller Exportprodukte dieser Länder auf dem Weltmarkt, häufig aber auch an einer verfehlten Entwicklungshilfepolitik der Industrieländer.

Hinzu kommt in vielen Ländern der Dritten Welt eine von internationalen Konzernen beherrschte Industrialisierung, die gleichzeitig mit einer starken Bevölkerungsverschiebung vom Land in wenige Großstädte verbunden ist. In den meisten Fällen führen die Niedrigstlöhne und die soziale Entwurzelung schnell zu verheerender Armut, so daß die Menschen jede Möglichkeit des Geldverdienens nutzen, um zu überleben.

Um ihre desolate Finanzsituation zu verbessern, versuchen außerdem immer mehr Dritte-Welt-Länder, sich über den internationalen Tourismus die dringend notwendigen Devisen zu verschaffen. Bei differenzierter und kritischer Betrachtung des Dritte-Welt-Tourismus wandeln sich aber die scheinbaren Vorteile in konkrete Nachteile für die Mehrheit der Bevölkerung in den Zielländern, denn der Tourismus in diesen Ländern wird zum Großteil von multinationalen Unternehmen gesteuert. Ein Dutzend internationaler Hotelketten verfügt beispielsweise über 1 Mio. Hotelzimmer in mehr als 5 000 Hotels und erzielt einen Umsatz von rund 15 Mrd. Dollar. Die transnationalen Gesellschaften beherrschen auch den Beförderungssektor, in dem 20 große Fluglinien einen Umsatz von mehr als 40 Mrd. Dollar erbringen. Auch der Bereich des organisierten Reisens und der Pauschalreisen wird zu 80 % von Großunternehmen kontrolliert. Im Endeffekt verbleibt lediglich eine kleine Summe der touristischen Deviseneinnahmen im Land, um Entwicklungen außerhalb des Tourismus zu initiieren.

Gesamtzahl der Touristen in Schwerpunktländern des Sextourismus 1987

	Insgesamt	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	Niederlande	Großbritannien	Schweiz
Kenia	662 100	118 700	33 400		87 700	52 500
Thailand	3 482 958	148 382	131 648	41 562	184 415	45 101
Philippinen	794 700	24 820	8 068	6 375	76 338	8 733
Südkorea	1 874 501	23 117	14 840	6 850	24 606	5 509

WTO (World Tourism Organization). „Informacion — Barómetro de los viajes y del turismo, Madrid 1988

5.6.1.4 Werbung für den Sextourismus

Bundesdeutsche Zeitschriften und Tageszeitungen waren wesentlich daran beteiligt, Thailand als Sextourismusland in den 70er Jahren bekannt zu machen. Auch heute tragen verschiedene Magazine und Erzeugnisse der Regenbogenpresse, Schrift- und Bildprodukte, Videos etc., z. T. — wenn auch in verdeckterer Form — auch Reisebeschreibungen und -führer, weiter zum Abbau von Hemmungen vor der Ausnutzung verarmter Menschen bei, indem beispielsweise das Leben in Ländern des Sextourismus mit Fotografien demonstriert wird, die eher dazu anregen, einen Urlaub mit käuflichem Sex zu unternehmen anstatt kritisch darüber nachzudenken.

Auch Reiseveranstalter versuchten in der Vergangenheit — und versuchen z. T. noch immer — mit dem Hinweis auf die sexuellen Dienstleistungen von angeblich „unterwürfigen" Frauen aus den touristischen Zielländern der Dritten Welt die Nachfrage nach Sextourismus zu steigern. Vor Jahren warben z. B. die beiden größten bundesdeutschen Reiseveranstalter in ihren Prospekten mit dem „bunten, aufregenden, abwechslungsreichen" Nachtleben in Bangkok und Pattaya. Aufgrund öffentlicher Kritik sind die großen Unternehmen der Tourismusbranche zur subtilen Werbung übergegangen, z. B. Hotels für alleinreisende Herren zu empfehlen. Obwohl nach Aussagen der Touristikkonzerne der Anteil der Sextouristen bei den Kunden nur geringfügig sei, und man nach Verlautbarung eines Reiseunternehmens mit Freuden auf diese eher lästige Zielgruppe verzichten würde, werden potentielle Sextouristen weit über den bloßen Hinweis hinaus über den Sextouristenmarkt informiert. Sie werden auf Zimmer mit französischen Betten hingewiesen und darauf, daß in einigen Vertragshäusern die Benutzung eines Einzelzimmers als Doppelzimmer vor Ort ohne Aufpreis möglich sei.

Kleine einschlägige Reiseveranstalter hingegen versuchen, sich zum Teil auf die Zielgruppe der Sextouristen zu konzentrieren, um den harten Konkurrenzkampf zu bewältigen. Die keineswegs mehr dezente, sondern jetzt offen aggressive Werbung kann dann folgendermaßen lauten: „14 Tage Bangkok, Unterbringung allein in Doppelzimmer mit der Garantie, wer allein bleibt, bekommt sein Geld zurück". Auch eine Reihe von Reiseführern gehen ausführlich auf das Nachtleben in den Städten der Zielländer ein.

5.6.1.5 Prostitutionsformen am Beispiel der Philippinen

Die Formen der Prostitution auf den Philippinen wie auch in anderen Ländern sind unterschiedlich. Für den Bereich des Sextourismus können folgende Unterscheidungen vorgenommen werden:

- weibliche Prostituion,
- sexueller Mißbrauch von Kindern (Kinderprostitution) und
- männliche Prostitution.

Generell gilt, daß die meisten von ihnen weder über AIDS informiert sind, noch sich leicht Kondome zu ihrem und ihrer Kunden Schutz verschaffen können.

5.6.1.5.1 Weibliche Prostituierte

Die weiblichen Prostituierten arbeiten in den unterschiedlichsten Formen und Bereichen. Einer Reihe von Prostituierten werden die Freier, d. h. die ausländischen Kunden, über die großen etablierten Zuhälterringe zugeführt. Die Zuhälter bzw. die Zuhälterringe erhalten dafür eine fünfprozentige Provision. Andere werden den Kunden zwecks Auswahl zur Schau gestellt. Diese Prostituierten werden zwar nicht durch Vermittlung „an den Kunden gebracht", die Freier müssen jedoch normalerweise eine Ablösesumme („bar-fine"), also eine Art Zuhälterprovision beim Verlassen des jeweiligen Etablissements entrichten.

Auf den Philippinen, aber auch in den anderen Zielländern des Sextourismus, nehmen die Formen der Teilzeitprostitution, d. h. Gelegenheitsprostitution, immer mehr zu, mit der Frauen über mehr oder weniger regelmäßig wiederkehrende finanzielle Notlagen hinwegzukommen versuchen.

Gerade auf den Philippinen, aber auch in anderen Zielgebieten des Sextourismus, sind die Übergänge zwischen Prostitution, Begleiterin auf Zeit und Frauen, die hoffen, aus ihrem sozialen Elend durch Heirat mit einem Europäer entkommen zu können, fließend. In derartigen Ländern herrscht vielfach die Illusion vor, daß die Heirat mit einem Angehörigen aus den reichen Industriestaaten das „große Glück" bedeutet.

5.6.1.5.2 Sexueller Mißbrauch von Kindern (Kinderprostitution)

Besonders in den 80er Jahren nahm die Kinderprostitution auf den Philippinen in einem zunächst die philippinische, dann auch die Weltöffentlichkeit alarmierenden Ausmaß zu. Wie die in diesem Gewerbe arbeitenden Frauen und Männer stammen die Kinder aus Familien mit niedrigsten bzw. niedrigen Einkommen. Die meisten Kinderprostituierten gehen dieser Beschäftigung nach, um etwas Geld zum Familieneinkommen beizusteuern. Insofern kann die Prostitution von Kindern als Symptom für wachsende Armut, aber auch für zunehmenden Kulturverfall durch Überlagerung mit den Sitten der Herkunftsländer von Sextouristen gewertet werden. Hinzu kommt, daß wegen der Angst vor AIDS die Nachfrage nach sehr jungen Mädchen und Jungen zunimmt. Diesem Bedarf wird z. T. dadurch entsprochen, daß die Defloration operativ revidiert wird.

Gleichzeitig gehen Kinderprostituierte auch anderen vielfältigen Formen der Kinderarbeit nach, u. a. dem Straßenverkauf von Zigaretten, Blumengirlanden, Lebensmitteln oder Zeitungen.

5.6.1.5.3 Männliche Prostituierte

Studenten, Stewards, „Tour guides" und viele, die in der Unterhaltungs- und Hotelindustrie arbeiten, bekommen ihre Kunden leicht ohne die Hilfe eines Zuhälters. Go-go-dancers, Sauna-boys, Masseure und junge Männer, die in Bordellen tätig sind, arbeiten in Homosexuellen-Bars oder -Clubs. Die Besitzer kassie-

ren gewöhnlich ebenso Auslösegelder wie bei den weiblichen Prostituierten.

5.6.2 Auswirkungen von AIDS auf den Sextourismus

5.6.2.1 Das Verhalten der Männer

Wie bereits deutlich gemacht, fehlt es in der Bundesrepublik Deutschland noch immer an wissenschaftlichen Untersuchungen über das Verhalten der Freier. Es kann deshalb auch keine zufriedenstellende Antwort auf die Frage geben, warum beispielsweise Sextouristen über die Risiken einer HIV-Infektion bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr ausreichend informiert sind, ihre Kenntnisse im Reiseland aber nicht konsequent umsetzen und dort vehementer als in ihrem Herkunftsland darauf bestehen, ungeschützten Geschlechtsverkehr auszuüben. Ein wichtiger Grund für diese Sorglosigkeit gegenüber sich selbst und den Frauen der Zielländer des Sextourismus dürfte besonders in dem weit in die europäische Geschichte zurückreichenden, oft rücksichtslosen Verhalten gegenüber den Menschen in Dritte-Welt-Ländern vor allem den ehemaligen Kolonien zu suchen sein.

Auch hinsichtlich der weiteren Verbreitung von AIDS in der Bundesrepublik Deutschland bedeutet das Verhalten der Sextouristen im Ausland die Gefahr einer weiteren Ausbreitung von AIDS in die heterosexuelle Bevölkerung hier. Das Verhalten der Freier in den Ländern der Dritten Welt läßt daran zweifeln, ob sie in großer Zahl nach ihrer Rückkehr aus dem „Liebesurlaub" hier dann bei Sexualkontakten Kondome benutzen oder sich auf HIV-Antikörper testen lassen (Bilanztest).

5.6.2.2 Situation der Prostituierten

Die Auswirkungen des Verhaltens der Freier, die sich offensichtlich aus der sexuellen Ausbeutung von Frauen, Männern und Kindern anderer Rassen kein Gewissen machen, sind für die Zielländer verhängnisvoll. Sie berühren besonders die Frauen, aber auch die gesamte Gesellschaft in den betreffenden Ländern, in bezug auf AIDS mit allen seinen Folgen. Sie zerstören traditionelle Normen und Werte, haben soziales Elend zur Folge und belasten Generationen von Menschen mit seelischem Leid.

AIDS breitet sich in den betreffenden Ländern, in armen Regionen und in den Slums der großen städtischen Ballungszentren explosionsartig aus. Eine 1987 in Kenia durchgeführte Untersuchung ergab beispielsweise, daß 85 % der untersuchten Prostituierten von Nairobi mit HIV infiziert sind.

Nach Erkenntnissen der Weltgesundheitsbehörde (WHO) tickt in Thailand durch die weitere Zunahme des Sextourismus eine Zeitbombe. Allein in Bangkok wird die Zahl der HIV-infizierten Prostituierten bereits auf über 8 000 geschätzt.

Mit Rücksicht auf die für den Staat notwendigen Devisen, die die Touristen ins Land bringen (ca. 3 Mrd. Dollar jährlich), aber auch mit Rücksicht auf die am Sextourismus verdienende Oberschicht, gehen die betroffenen Länder das Problem nur sehr zögerlich an. So bestreitet z. B. das thailändische Gesundheitsministerium einen Zusammenhang zwischen dem Ferntourismus und der Verbreitung von AIDS. Thailand meldete offiziell bisher 6 208 Seropositive, doch die Steigerung der letzten Monate bestätigt eher die Vermutung der Weltgesundheitsorganisation. Im Januar 1989 stellten die thailändischen Gesundheitsbehörden 1 145 neue HIV-Infektionen fest, im Februar 687, im März 609, im April 1 167, im Mai 708, im Juni 607 und schließlich im Juli über 700. Auf den Philippinen wird die Immunschwäche AIDS offiziell nicht erwähnt — lediglich 131 Seropositive wurden der WHO gemeldet.

Als Folge der Warnungen vor einer möglichen Infektion mit HIV bei Sexreisen kam es, wie bereits erwähnt, weder zu einem Rückgang der Buchungen noch zu einer verstärkten Benutzung von Kondomen. Von Bangkoks Prostituierten beispielsweise schützen sich laut Umfragen nur 5 % konsequent damit, obwohl die Regierung neuerdings Kondome kostenlos an die Prostituierten verteilen läßt. Der Grund für dieses Verhalten liegt in den meisten Fällen bei den Männern, die nach wie vor die Benutzung von Kondomen ablehnen. Die Sextouristen lösen das Problem ihrer Furcht vor Ansteckung nicht dadurch, daß sie ihr Verhalten ändern und Kondome benutzen oder auf Sexreisen verzichten, sondern sie schieben die Verantwortung ihren Opfern zu. Einerseits wirbt die Branche mit Hinweisen wie „Unsere Mädchen werden medizinisch kontrolliert", andererseits sind immer jüngere Mädchen, häufig Kinder, oft deshalb begehrte Partnerinnen für die Sextouristen, weil sie fälschlicherweise als sexuell unberührt und damit „AIDS-frei" gelten. Auch an der Praxis sogenannte Sexshows, bei denen Verletzungen der Frauen vorkommen, hat sich bislang nichts geändert.

5.6.2.3 Kinderprostitution in den Zielländern des Sextourismus

Das „Fraueninformationszentrum" in Zürich berichtete im Juni 1989, daß die steigende Nachfrage nach immer jüngeren Kindern im Sexgeschäft in Thailand beispielsweise dazu geführt hat, daß gegenwärtig rund 800 000 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren als Prostituierte tätig sind. Laut Umfragen seien in Bangkok 40 % der Prostituierten unter 16 Jahre alt.

Vor dem Ausschuß „Moderne Formen der Sklaverei" der UNO-Menschenrechtskommission führte die norwegische Justizministerin im August 1989 aus, daß mindestens 1 Million Kinder aus Drittweltländern jährlich zur Prostitution und Mitwirkung an pornographischen Filmen und Magazinen gezwungen werden. Eine Studie des norwegischen Justizministeriums über die „Sexuelle Ausbeutung von Kindern in Entwicklungsländern" legte zum erstenmal umfassend das Problem der Kinderprostitution offen. In einigen Teilen Asiens machen danach Kinder unter 15 Jahren bis zu 20 % aller weiblichen und männlichen Prostituierten aus.

Den Mitgliedstaaten des Europarates liegt diese Studie inzwischen vor, doch von einem verbindlichen Konsens über Gegenmaßnahmen, die tatsächlich etwas bewirken können, ist der Europarat noch weit entfernt. Die Erkenntnisse, daß das Problem Kinderprostitution vor allem eine ökonomische Dimension hat und daß die zumeist aus ärmlichen Verhältnissen stammenden Kinder ihre Familien unterstützen müssen, bleibt bislang ohne konkrete Folgen. Das Vorgehen der norwegischen Justizbehörden, wonach im September 1989 zum ersten Mal ein Verfahren gegen zwei norwegische Sextouristen wegen Mißbrauchs einer Minderjährigen in Thailand eröffnet worden ist, blieb bisher in Europa ohne Beispiel.

II. Auswertungen

Es ist festzustellen, daß trotz des Vorhandenseins eines Infektionsrisikos mit HIV immer mehr Männer aus der Bundesrepublik Deutschland ihren Urlaub als Sextouristen in der Dritten Welt verbringen. Das Phänomen der steigenden Nachfrage, also die Motivationsstruktur, ist bisher völlig ungeklärt, obwohl diesem Aspekt eine besonders hohe Bedeutung im Kampf gegen die sexuelle Ausbeutung von Frauen aus Ländern der Dritten Welt zukommt. Diese Tabuisierung verdeutlicht die gesellschaftliche Toleranz gegenüber dem Verhalten des Mannes als Sextourist. Gleichzeitig verhindert aber auch die Unkenntnis der Situation eine systematische Präventionsarbeit, in der auch das männliche Rollenverständnis, männliche Überlegenheitswünsche und die männliche Sexualität berücksichtigt und eventuell verändert werden müßten.

Ein zweiter Ansatz für eine Problemlösung läßt sich in den Ländern der Dritten Welt mit ihren schlechten Lebensbedingungen, besonders für Frauen, finden. Durch die geänderten ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Ländern der Dritten Welt sind Frauen doppelt betroffen. Einerseits führt die unterbezahlte Frauenarbeit zur Statusverschlechterung, andererseits verlangt jedoch das Gesellschaftssystem, daß sie ihre traditionelle Rolle als Versorgerin der Familie beibehalten. Durch viele Maßnahmen der Industrienationen, auch der Bundesrepublik Deutschland sowie einzelner Branchen und Unternehmen wird die Situation der Bevölkerung und insbesondere der Frauen in der Dritten Welt noch zusätzlich verschlechtert. Aus dieser Erkenntnis ergeben sich differenzierte Fragen zu den einzelnen Mechanismen und Auswirkungen:

— Welche Auswirkungen hat die Entwicklungshilfe auf Frauen und inwieweit schadet sie ihnen?

— Welche Auswirkungen hat die Verlagerung von Produktionsstätten deutscher Firmen in sogenannte Billiglohnländer auf Frauen und ihre gesellschaftliche Stellung in diesen Ländern?

— Welche Auswirkungen haben Prostitutionstourismus und Tourismus generell auf die Situation von Frauen?

Die grundsätzliche Orientierungslinie für alle Handlungs- und Forschungsansätze muß die Schaffung von wirklichen Arbeitsalternativen und Lebensperspektiven für die Menschen dieser Länder sein. Der Massentourismus selbst bringt häufig nachteilige Veränderungen für breite Bevölkerungsschichten mit sich und verschlechtert in vielen Fällen die Lebensgrundlage von Frauen noch mehr, womit ihr Weg in die Prostitution vorgezeichnet ist. Somit macht sich der Markt des Sextourismus die Armutsverhältnisse und frauendiskriminierenden Strukturen zunutze.

Werbung für Sextourismus baut auf weitverbreitete sexistische und rassistische Klischees auf und verstärkt diese zudem noch. Es ist festzustellen, daß die Tourismusbranche heute insgesamt etwas zurückhaltender in ihrer einschlägigen Werbung verfährt, wobei die großen touristischen Unternehmen am wenigsten auf offene und aggressive Werbung angewiesen sind. Dafür scheint im Geschäft mit der Pornographie allgemein verstärkt indirekte Werbung für Sextourismus betrieben zu werden. Mit der konsequenten Unterlassung von direkter und indirekter Werbung könnte zumindest ein Beitrag zur Minderung des Problems geleistet werden.

Wünschenswert wäre, wenn durch Aufklärungsarbeit eine Bewußtseinsänderung der Touristen dahingehend zu erreichen wäre, daß Sextourismus nicht mehr als eine Form des klassischen konsumorientierten Massentourismus in der Bevölkerung angesehen, sondern öffentlich und wiederholt kritisch hinterfragt würde. Festzustellen ist in diesem Zusammenhang auch das Fehlen von direkten Aufklärungsmaßnahmen im Hinblick auf AIDS und den Sextourismus. Bisher bleibt es den Reiseveranstaltern, den Reisebüros und Fluggesellschaften überlassen, ob und wie sie ihre Kunden informieren.

Eindringliche und deutliche Aufklärungskampagnen durch die Bundesregierung u. a., die — wo immer möglich — in Kooperation mit den Reiseländern entwickelt werden sollen, könnten ein Ansatz sein, Verhaltensänderungen herbeizuführen.

Die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Ächtung des Mißbrauchs von Kindern als Prostituierte in der Dritten Welt ist unbestritten, von einer strafrechtlichen Verfolgung der Sextouristen, die sich in den Zielländern einer solchen Tat schuldig gemacht haben, ist in der Bundesrepublik Deutschland jedoch nichts bekannt. Im übrigen gilt auch hier, daß das Übel letztlich nur durch eine Änderung der ökonomischen Verhältnisse der Familien in den Tourismuszielländern beseitigt werden kann.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen und entsprechende Anregungen an die Länder weiterzuleiten,

5.6.3.1

in Zusammenarbeit mit den Touristikverbänden Präventionskonzepte zu entwerfen, die die Touristen über Infektionsgefahren und Schutzmöglichkeiten informieren und unverzüglich ein Konzept zu entwikkeln, um Sextouristen anzusprechen, die trotz intensiver Präventionsbemühungen sich nicht geschützt haben; *)

5.6.3.2

Untersuchungen über die Motivationsstruktur der Sextouristen aus der Bundesrepublik Deutschland zu veranlassen, die ihren Urlaub in Ländern der Dritten Welt verbringen und deren Ergebnisse für die Prävention umzusetzen;

5.6.3.3

in Gesprächen mit dem „Deutschen Reisebüro-Verband e.V." und anderen Touristikverbänden die Problematik des Sextourismus und seine verdeckte bzw. offene Werbung hierfür darzustellen und Möglichkeiten zur Lösung des Problems zu suchen;

5.6.3.4

in politischen Verlautbarungen, aber auch Aufklärungsaktionen deutlich zu machen, daß Sextourismus nicht nur zu einer Infektion mit HIV führen kann, sondern auch ethisch und moralisch fragwürdig ist und bei einer Diskreditierungskampagne gegen den Sextourismus nicht vor drastischen Beispielen zurückzuschrecken;

5.6.3.5

die Entwicklungshilfepolitik dahin gehend zu überdenken, daß der aus ökonomischen Gründen stattfindenden Landflucht der Menschen in Ländern der Dritten Welt möglichst Einhalt geboten wird;

5.6.3.6

die Stärkung der gesellschaftlichen und ökonomischen Stellung der Frau zum zentralen Bestandteil des politischen Dialogs mit den Entwicklungsländern zu machen;

5.6.3.7

mit den Zielländern des Sextourismus gemeinsame Präventionskampagnen zu entwickeln und dabei auch den Einsatz von Streetworkern für deutsche Touristen vor Ort zu erwägen;

5.6.3.8

Gespräche mit den Regierungen und Touristikexperten der Zielländer dahin gehend zu führen, daß es zu einer strukturellen Veränderung des touristischen Angebots kommt;

5.6.3.9

das Strafgesetz dahin gehend zu ergänzen, daß sexueller Mißbrauch von Kindern durch deutsche Staatsangehörige auch dann dem deutschen Strafrecht unterliegt, wenn das Kind nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt und die Tat am Tatort nicht mit Strafe bedroht wird;

5.6.3.10

auf völkerrechtlicher Ebene Abmachungen zu treffen, die dem Schutz der Kinder vor sexuellem Mißbrauch dienen.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 362

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 1: Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft*)

Einleitung

Der Umgang mit der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung erfordert einen gesellschaftlichen Orientierungs- und Lernprozeß, bei dem das Ziel im Vordergrund stehen muß, ein Optimum an ansteckungs- und krankheitsverhütendem Verhalten zu entwickeln. Dies gilt gleichermaßen für die einzelne Person wie für die Gesellschaft insgesamt. Damit drängt sich — auch — das Problem auf, ob und welchen Beitrag das Recht in diesem Prozeß zu leisten vermag.

Da die AIDS-Prävention auf bestimmte Verhaltensveränderungen abstellt, erhebt sich die Frage, ob individuelles Verhalten in potentiell riskanten Situationen durch Rechtsnormen beeinflußt werden kann. Dabei kommt es darauf an, in welchen Lebensbereichen, in welchem Umfang und mit welchen Erfolgsaussichten menschliches Verhalten wie auch gesellschaftliche Entwicklung mit den Mitteln des Rechts gesteuert werden können. Weil bisher im Hinblick auf AIDS insoweit keine gesicherten Erfahrungen oder empirischen Untersuchungen vorliegen, muß zur Beantwortung dieser Frage auf die Erfahrungen staatlicher Gesundheits- und Rechtspolitik mit deren verschiedenen Mitteln der Verhaltenssteuerung zurückgegriffen werden. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Erfahrungen mit den Auswirkungen von Rechtsnormen, die Sexualität betreffen. Da mit Sexualität immer auch triebgesteuerte Tiefen-Schichten der Persönlichkeit berührt sind, ergeben sich bei der AIDS-Prävention nicht unerhebliche Besonderheiten, denen die Gesundheits- und Rechtspolitik Rechnung tragen muß. In diesem Zusammenhang stellt sich dann die Frage, inwieweit auf Erfahrungen mit Verhaltensänderungen in anderen Lebensbereichen, wie z. B. mit der Durchsetzung des Sicherheitsgurts, zurückgegriffen werden kann.

6.1.1 Steuerung durch Recht

6.1.1.1 Wertevermittelnde Wirkung von Rechtsnormen

Rechtsnormen benennen wie andere soziale Normen Wertentscheidungen und Zielsetzungen der Gesellschaft. Anders als allgemeine soziale Normen sind sie jedoch wegen der sanktionierenden Kraft des Rechts in der Regel erzwingbar, so daß Rechtsnormen eine besondere Bedeutung für gesellschaftliches Verhalten zukommen kann. Sowohl Rechtsetzung und Rechtsgarantien als auch die Durchsetzung der entsprechenden Ge- und Verbote sind daher wesentliche und unverzichtbare Mittel auch der Sozial- und Gesundheitspolitik. Beim Auftreten neuer Risiken und Situationen, wie z. B. der zuvor unbekannten Erkrankung AIDS und den damit verbundenen Reaktionen

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 362 ff.

in der Bevölkerung, entwickeln sich neue Einschätzungen, Wertbedürfnisse und Werte in der Gesellschaft, die auf der Ebene des Rechts noch keine Entsprechung finden. Der Gesetzgeber kann dann versuchen, durch die Schaffung rechtlicher Normen diesen Wertbildungsprozeß zu fördern, aber auch durch entsprechende Wertsetzungen unerwünschten Einstellungen (Diskriminierungen) entgegenzuwirken.

Sofern Rechtsnormen allgemeine Wertvorstellungen der Bevölkerung ausdrücken, kommt ihnen ein hohes Maß an Akzeptanz entgegen. So läßt sich etwa die allgemeine Verhaltensregel: „Du sollst anderen keinen Schaden zufügen" zu der Verhaltensregel „Du sollst andere nicht gefährden, Du sollst andere nicht mit HIV infizieren" rechtlich konkretisieren. Das Recht erfüllt damit seine maßstabsbildende Funktion. Darin liegt ein Beitrag zur Prävention. Umstritten ist allerdings, ob und gegebenenfalls welche Sanktionen an Regelverstöße geknüpft werden sollten.

Durch Rechtsnormen kann die angestrebte Orientierung in der Vorstellung der Bevölkerung stärker verankert und konkretisiert werden, um so erwünschtes Verhalten zu fördern und unerwünschtes Verhalten, wie z. B. diskriminierendes, zurückzudrängen. Zudem gibt es Bereiche, in denen die Sozial- und Gesundheitspolitik auch gegen mehrheitliche Vorstellungen, zum Teil gegen soziale Vorurteile, versuchen muß, die Lebenssituation der betreffenden Menschen durch Rechtsnormen in Schutz zu nehmen und ihnen zu helfen. Die Schaffung eines solchen geschützten Raums wird als Entstigmatisierung durch Rechtsetzung bezeichnet. Dies gilt z. B. für die Situation eines erkrankten oder behinderten Arbeitnehmers, dem durch das Recht ein Schutz eingeräumt wird, um ihn gegen unangemessene Anforderungen seitens des Arbeitgebers abzusichern.

Dies trifft in hohem Maße auf Menschen zu, die aufgrund von besonderen Krankheiten, von der Allgemeinheit nicht akzeptierten Lebensweisen oder Veranlagungen durch entgegenstehende Vorstellungen und soziale Vorurteile ihrer Mitmenschen abgewertet, isoliert und stigmatisiert werden. Der Schutz dieser Menschen durch Rechtsetzung und Rechtsgarantien spielt für die Verwirklichung sozial- und gesundheitspolitischer Ziele eine bedeutende Rolle.

Treffen Stabilisierungs- und Ahndungsbedürfnisse aufeinander, entstehen Zielkonflikte, die durch den Gesetzgeber im Sinne einer Optimierung beider (praktische Konkordanz) entschieden werden müssen. Dabei geht es auch um den Einwand, daß das Vorgehen im Einzelfall womöglich eine erfolgversprechende Gesamtstrategie behindere. Auf diesem Bilanzierungseffekt wird an anderer Stelle (Unterabschnitt 2 **Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben)** eingegangen.

6.1.1.2 Besondere Wirkung des Strafrechts

Wie auch andere rechtliche Vorschriften vermitteln strafrechtliche Regelungen verhaltensorientierende Werte. Weiterhin sollen die Menschen nach der rechtlichen Theorie von der Generalprävention durch die Androhung von Sanktionen von einem bestimmten Verhalten abgeschreckt werden. Außerdem soll die Verurteilung des Täters und die physisch-reale Wirkung dieser Strafe spezialpräventiv wirken und den Täter davon abbringen, das verbotene Verhalten in Zukunft zu wiederholen.

Das Strafrecht ist als Sanktionsinstrument jedoch nur ein beschränkt taugliches Mittel staatlicher oder gesellschaftlicher Gesundheitspolitik im Kampf gegen AIDS. Der Einsatz des Strafrechts ist aus verfassungsrechtlichen Gründen und wegen seines lediglich fragmentarischen Charakters immer ultima ratio. Es dient dem Rechtsgüterschutz einzelner Individuen und stellt eine Antwort auf Verletzungen oder Gefährdungen der Individualrechtsgüter Gesundheit und Leben dar. Nur in diesem Rahmen ist das strafrechtliche Instrumentarium einsetzbar.

Wie insbesondere in der Diskussion um die Strafbarkeit der Abtreibung immer wieder betont wird, wird von vielen den Strafvorschriften als solchen eine wertbildende Bedeutung zugeschrieben. Andererseits kann die Erfahrung, daß strafrechtliche Verbote und Gebote vielfach mißachtet und zudem Rechtsverstöße womöglich nur in episodischen Einzelfällen verfolgt werden, zu einem Verfall des Rechtsbewußtseins beitragen. Beides bedarf bei der Beurteilung des Strafbedürfnisses der Berücksichtigung.

Erfahrungen lehren jedoch, daß Strafvorschriften wie z. B. das Verbot des Ehebruchs das sexuelle Verhalten kaum beeinflußt haben. Dieses gilt in besonderem Maße für sexuelle Verhaltensweisen von festgefügten Subkulturen, zu denen zur Zeit der ganz überwiegende Teil der Hauptbetroffenengruppen zu zählen ist. Die Furcht vor Strafe hat insoweit keine sonderlich motivierende Kraft. Während eine Verbesserung der (sozial)rechtlichen Absicherung von Menschen direkter und unmittelbarer durchgreift, sind die Wirkungen strafrechtlicher Verbote vielfältig und vom Gesetzgeber oft nur schwer vorhersehbar.

6.1.1.3 Verbindung von Beratung und Aufklärung mit kontrollierender bzw. sanktionierender Intervention

Ein Beratungs- und Aufklärungskonzept kann nicht bei allen Personen ein bestimmtes Verhalten erreichen und so die Neuinfektionsrate auf Null senken. Dieses kann auch nicht durch ein staatliches Interventionskonzept unter Anwendung von Rechtsnormen, Kontrollmaßnahmen und Sanktionen geleistet werden. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit beide Konzepte miteinander verbunden werden können.

Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß sich Verhalten langfristig und hinreichend stabil im Sinne gesellschaftlicher Erwünschtheit in erster Linie durch Aufklärung, Beratung, Erziehung und die Förderung entsprechender Kulturentwicklungen, im Einzelfall gegebenenfalls auch durch Therapie (z. B. Psychotherapie) beeinflussen läßt. Das Recht kann insoweit nur eine flankierende Rolle übernehmen. Kontrolle einerseits sowie Aufklärung, Beratung und Therapie andererseits können miteinander in Widerspruch stehen. Teils werden sie für unvereinbar gehalten. Vor allem der Einbau von Kontrollmechanismen kann den Erfolg der Aufklärung, Beratung und Therapie nachhal-

tig gefährden und vereiteln, weil traditionell stigmatisierte und diskriminierte Gruppen auf staatliche Interventionsmaßnahmen mit Ängsten und Abwehr reagieren. Staatliche Eingriffe können in diesem Bereich kontraproduktiv wirken, da die Menschen aus den Hauptbetroffenengruppen, mit denen eine Zusammenarbeit erforderlich ist, sich latent bedroht fühlen und von einer Mitwirkung eher abgeschreckt werden. Ein Beispiel dafür ist die Reaktion der Deutschen AIDS-Hilfe auf das Bundesgerichtshofurteil vom 4. November 1988 (vgl. Unterabschnitt 3 **Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs HIV-Infizierter).** Aus „politischen Gründen" riet diese nach der Verkündung des Urteils pauschal davon ab, sich dem HIV-Antikörpertest zu unterziehen.

Nach Auffassung eines anderen Teils der Kommission läßt sich Verhalten langfristig und hinreichend stabil im Sinne gesellschaftlicher Erwünschtheit nur durch ein Zusammenwirken von Aufklärung, Beratung, Therapie und staatlichem Interventionskonzept herbeiführen. Staatliche Eingriffe seien nicht kontraproduktiv, sondern könnten neben Aufklärung und Beratung sinnvoll eingesetzt werden. Der Inhalt staatlicher Intervention unterscheide sich nicht vom Inhalt der Aufklärung und Beratung. Beide zielten darauf hin, ein bestimmtes Verhalten zu erreichen (Gebote) und bestimmtes sozialwidriges Verhalten zu unterbinden (Verbote).

6.1.2 Erfahrungen mit der Verhaltensteuerung durch Rechtsnormen an Beispielen

6.1.2.1 Seuchenbekämpfung

Im Kampf gegen Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Cholera, Typhus und Tuberkulose haben sich allgemeine hygienische und sanitäre Maßnahmen sowie soziale Verbesserungen in Verbindung mit Aufklärung und Beratung als am wirkungsvollsten erwiesen. Von Rechtsnormen wird angenommen, daß sie in der Seuchenprävention eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Jedoch war auch der Einsatz von staatlichen Eingriffen wie z. B. der Pockenzwangsimpfung ein geeignetes und unverzichtbares und wirksames Instrument der Seuchenbekämpfung.

Individuelle spezifische Maßnahmen, durch die nur dem einzelnen Kranken bzw. Infizierten und nicht der Allgemeinheit ein erkennbares Verhalten abverlangt wird, werden im Rahmen allgemeiner Seuchenbekämpfung als ineffektiv beurteilt. Sie können durch die Identifizierung des Kranken zu seiner Stigmatisierung führen. Stigmatisierung wird jedoch für Verhaltensänderungen von einzelnen als auch für die Veränderung von Lebensweisen und damit für die Prophylaxe von Erkrankungen generell als kontraproduktiv angesehen.

Dem wird jedoch entgegengehalten, daß individuelle spezifische Maßnahmen, durch die nur dem einzelnen Kranken bzw. Infizierten und nicht der Allgemeinheit ein erkennbares Verhalten abverlangt wird, im Rahmen allgemeiner Seuchenbekämpfung als notwendig angesehen würden. Spezielle Einzelgesetze, wie z. B. das Bundesseuchengesetz, dienten nicht nur der Allgemeinheit, sondern auch dem Einzelinteresse. Ihr Sinn und Zweck läge auch darin, Infektionsquellen zu schließen und Infektionsketten zu unterbrechen und damit einen bestimmbaren Kreis von Personen zu schützen (z. B. Schulklassen, Arbeitskollegen, Angehörige). So seien Eingriffe gegen einzelne Infizierte dort erforderlich, wo sie durch ihr Verhalten eine Gefahr für Dritte darstellten.

Die größte Wirkung wird unspezifischen Maßnahmen zugesprochen, die sich nicht an bestimmte Gruppen wie beispielsweise „Personen, die an Tuberkulose erkrankt sind oder erkrankt sein könnten" richteten, sondern an alle Bürger. Verhaltensweisen und Präventionsmaßnahmen, die der Allgemeinheit abverlangt wurden, wurden zwar anfänglich oft weniger als individuelle spezifische Maßnahmen akzeptiert, aber langfristig entwickelten sie eine große Breitenwirkung, ohne zu stigmatisieren. Als unspezifische Maßnahme im Kampf gegen die Tuberkulose wurde zum Beispiel zu Beginn dieses Jahrhunderts in Deutschland den Bürgern das öffentliche Spucken abgewöhnt.

Die gesellschaftliche Veränderung von Verhaltensweisen reichte als Einzelmaßnahme zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten jedoch nicht aus. Derartige Maßnahmen mußten verbunden werden mit sozialen Verbesserungen für die Betroffenen und allgemeinen Hygiene- und Sanitationsmaßnahmen wie beispielsweise die Verlegung getrennter Abwasser- und Frischwasserleitungen und die Errichtung öffentlicher Bedürfnisanstalten. Im weiteren fand eine umfangreiche Aufklärung und Beratung der Bevölkerung über die Ansteckungswege der Infektionskrankheiten und mögliche Präventionsmaßnahmen statt.

Daß durch strafrechtliche oder dirigistische staatliche seuchenrechtliche Maßnahmen gegen Individuen eine epidemiologisch bedeutsame Abnahme der Infektionskrankheiten erreicht werden konnte, ist empirisch nicht belegbar.

Bisher fehlt auch ein Nachweis darüber, ob oder ob nicht eine namentliche Meldepflicht und darauf beruhende Nachforschungen zur Eindämmung von Seuchen beigetragen habe. Dem wird von einem Teil der Kommission entgegengehalten, daß die Gesamtauswirkung des Seuchenrechts nicht als Gradmesser für seine Wirksamkeit herangezogen werden könne, da es bei seuchenrechtlichen Maßnahmen insbesondere nach §§ 34 ff. BSeuchG vornehmlich auf den Einzelfall ankäme. Eine seuchenrechtliche Maßnahme, die dazu führe, die Verbreitung der Krankheit AIDS im Einzelfall zu verhindern, d. h. eine Infektionskette zu unterbrechen, habe ihr Ziel erreicht.

6.1.2.2 Geschlechtskrankheitengesetz

Im Kampf gegen die allgemeine Verbreitung der Geschlechtskrankheiten wird neben den früher beschränkten Möglichkeiten medizinischer Interventionen die Stigmatisierung der Kranken für ein erhebliches Hindernis gehalten. Diese drückte sich auch in den rechtlichen Regelungen der Behandlung von Geschlechtskranken aus. Noch um die Jahrhundertwende bestand die Bekämpfung der Geschlechts-

krankheiten im wesentlichen in der sittenpolizeilichen Reglementierung der Prostitution, dem Ausschluß der Geschlechtskranken von den Leistungen der Krankenversicherungen sowie einer Behandlung in den Hospitälern — sofern eine Behandlung dort überhaupt vorgenommen wurde — ähnlich der von Strafgefangenen. Dieses Konzept im Kampf gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten war Ende des letzten Jahrhunderts bereits gescheitert und trug, wie auch schon damals führende Sozialmediziner meinten, wenig zur Eindämmung der Geschlechtskrankheiten bei.

Im Zuge der Durchsetzung sozialhygienischer Konzepte gegen Infektionskrankheiten entstand ein Präventionskonzept gegen die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten, das im wesentlichen durch die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten getragen wurde. Ziel des Präventionskonzepts war im wesentlichen, von den polizeilichen Regelungen und dem behördlichen Zwang wegzukommen, die Kranke aus Angst vor einer Stigmatisierung und den damit verbundenen sozialen Konsequenzen von einer Behandlung abhielt. Stattdessen sollte durch ein Konzept der Aufklärung und Information, mit dem der Stigmatisierung der Kranken entgegengewirkt werden sollte, eine möglichst hohe Behandlungsteilnahme erreicht werden. In diesem Rahmen sollte auch die Bevölkerung über die Gefahren und Ansteckungsmöglichkeiten von Geschlechtskrankheiten informiert werden. Zu diesem Zweck bediente sich die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der Mittel des öffentlichen Vortrags, insbesondere in Schulen, Universitäten und Fabriken, von Ausstellungen, Theateraufführungen und später des Films sowie von Aufklärungsschriften, die in hoher Auflage verbreitet wurden.

Umstritten war damals die Frage der Schutzmittel gegen die Infektion mit Geschlechtskrankheiten. Der Erwerb von Schutzmitteln wie Kondomen war gesetzlich derart behindert, daß dieses einem faktischen Verbot gleichkam. Bis kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs vertrat die Mehrheit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten das Konzept der sexuellen Abstinenz bis zum 25. Lebensjahr. Diese Forderung entsprach bereits zur damaligen Zeit nicht der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Als die Zahlen der Geschlechtskranken ab der zweiten Kriegshälfte und in den ersten Jahren der Weimarer Republik erheblich anstiegen, nahm die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine pragmatischere Haltung ein.

Bereits während des Ersten Weltkriegs wurden in einigen Städten Beratungsstellen für Geschlechtskranke, die von den Landesversicherungsanstalten getragen wurden, eingerichtet. Von diesen gab es 1927 im Deutschen Reich nahezu 300. Die Praxis der einzelnen Beratungsstellen war durchaus unterschiedlich, insbesondere was die Möglichkeiten einer anonymen Beratung und Untersuchung betraf. Eine Behandlung war diesen Stellen rechtlich untersagt. Trotz aller Unterschiede zwischen den Beratungsstellen nahm die Frequenz der Beratungen und Untersuchungen und folglich auch der späteren ärztlichen Behandlung zu, wenn in der Bevölkerung ein Vertrauen dafür geweckt werden konnte, daß die Ratsuchenden vor der Entdeckung durch ihre Umwelt und restriktiven Konsequenzen weitgehend geschützt waren. So lagen auch die Beratungsstellen an unauffälligen Orten und boten Sprechstunden abends außerhalb der Arbeitszeit an.

Von Beginn der Diskussion über die Präventionsmöglichkeiten von Geschlechtskrankheiten an gab es die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung aller die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten betreffenden Fragen in einem besonderen Gesetz. Ein erstes Ergebnis war die Verordnung des Rats der Volksbeauftragten vom 11. Dezember 1918, welche u. a. Geschlechtskranken den Geschlechtsverkehr untersagte und die Möglichkeit der Zwangsbehandlung einführte.

Das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten trat erst im Oktober 1927 in Kraft. Es führte den Gefährdungstatbestand ein, der Geschlechtskranken den Geschlechtsverkehr verbot, wobei eine Strafverfolgung nur auf Antrag stattfinden sollte. Kern des Gesetzes war die Einführung einer Behandlungspflicht mit der Möglichkeit der Zwangsbehandlung. Eine Verletzung der Behandlungspflicht wurde nicht mit Strafe belegt, um den Ärzten nicht zuviel Macht über ihre Patienten einzuräumen. Die Durchführung des Geschlechtskrankheitengesetzes wurde den Gesundheitsbehörden übertragen.

In der Diskussion über das Gesetzesvorhaben wurde deutlich, daß die Beweggründe für ein Gesetz durchaus unterschiedlich waren. Die eine Seite setzte mehr auf die generalpräventive Wirkung des Gesetzes, während die andere Seite auf die Wirkung des Abbaus sittenpolizeilicher Interventionsmöglichkeiten und den Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten hoffte.

In der Praxis stieß das Gesetz auf erhebliche Schwierigkeiten, insbesondere aufgrund des Widerstands der Polizei, was den Umgang mit den Prostitutierten betraf. Im übrigen geriet das Gesetz in den Sog der großen ökonomischen und sozialen Krise gegen Ende der Weimarer Republik, der zu einem wesentlichen Abbau der Beratungs- und Aufklärungsmöglichkeiten bis hin zu völliger Einstellung aus Mangel an finanziellen Mitteln führte. Für die sozial Schwachen entwickelte sich die Anwendung des neuen Gesetzes eher zu einer gesundheitspolizeilichen Maßnahme, wobei der Zwang im wesentlichen weibliche Prostituierte betraf. Ungehört blieben die Stimmen einzelner Amtsärzte, die sich gegen das moralisierende Bekämpfen der Prostitution wandten und auf deutlich geringere Infektionsraten bei denjenigen Frauen hinwiesen, die sich professionell organisiert hatten und so der Ausbeutung durch Zuhälterei und Mietwucher besser entgehen konnten.

Im Zuge der allgemeinen gesellschaftlichen Stabilisierung seit Mitte der zwanziger Jahre und der umfangreichen Beratungs- und Aufklärungsarbeit fiel die Zahl der Geschlechtskranken deutlich ab. Für diesen Zeitabschnitt wird heute angenommen, daß die effektivste Auswirkung gegen die Verbreitung von

Geschlechtskrankheiten von leicht und anonym erreichbaren Beratungsmöglichkeiten in Verbindung mit Maßnahmen ausging, die Kranke vor Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung schützten. Eine durchschlagende Breitenwirkung des Geschlechtskrankheitengesetzes wird heute verneint.

Beleg für die Problematik rigider staatlicher Intervention ist die Zeit des Nationalsozialismus. Die Härte und Brutalität, mit der Prostituierte, Homosexuelle, ausländische Zwangsarbeiter und derart etikettierte „Unbelehrbare" erfaßt und verfolgt wurden, haben die Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten ebensowenig gesenkt wie die staatliche Organisation eines Bordellwesens im Bereich der Wehrmacht. Vielmehr wurde maßloses Elend erzeugt und die Geschlechtskranken — trotz aller anderslautenden Beteuerungen der Propaganda — zu „Volksschädlingen" erklärt.

Auch nach 1945 bis hinein in die siebziger Jahre blieb der öffentliche Gesundheitsdienst im Zusammenhang mit Geschlechtskrankheiten einem Modell der Infektionsquellenermittlung verhaftet, von dem heute überwiegend angenommen wird, daß es wenig dazu beitragen konnte, unerkannte Infektionen zu entdekken, aber das soziale Klima zunichte machte, das für die Erkennung und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten notwendig ist.

So ging man oft mit einem erheblichen personellen und materiellen Aufwand vermeintlichen Infektionsquellen nach, ohne sich die Frage zu stellen, in welchem Verhältnis der Aufwand zum Ergebnis stand und welche sozialen Konsequenzen die staatlichen Recherchen hatten. Das soziale Umfeld der Infizierten bzw. Ansteckungsverdächtigen wurde — teilweise auf bloße Verdächtigungen und Denunziationen hin — in die Untersuchungen einbezogen und so teilweise zerstört. Man beschränkte sich nicht nur auf die Befragung der Lebenspartner zum Lebenswandel des Betroffenen, sondern recherchierte auch zum Beispiel bei Arbeitgebern, Krankenkassen, Nachbarn, Polizei, Arbeitskollegen, Betriebsräten, Gemeindeverwaltungen und Ämtern. Im weiteren wurde bei der staatlichen Interventionspolitik der Schwerpunkt auf die medizinische Untersuchung weiblicher Prostituierte gelegt, die, soweit sie registriert waren, unter fortwährender Bedrohung durch polizeiliche Zwangsvorführungen wöchentlich vorgeladen wurden.

Insgesamt wurde in der Nachkriegszeit die Beschränktheit dieses Ansatzes in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kaum problematisiert. Bei Prostituierten und anderen Betroffenen zeigten sich Stigmatisierungs- und Ausgrenzungseffekte. Dieses erwies sich jedoch als ein Hindernis im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, weil die Betroffenen und Gefährdeten dadurch von der Beratung und Behandlung abgehalten wurden. Als Konsequenz hat sich der öffentliche Gesundheitsdienst um neutralere und anonymere Beratungsangebote bemüht. Dieser Weg wird heute als der erfolgreichere angesehen. Die heutige Beherrschbarkeit der Geschlechtskrankheiten ist eine Folge der Chemotherapie und nicht des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und hygienischer Maßnahmen.

6.1.2.3 Strafrechtliches Verbot der Homosexualität

Es kann nicht angenommen werden, daß die strafrechtliche Verfolgung erwachsener Männer wegen homosexueller Handlungen in der Zeit vom Kaiserreich bis zu den Strafrechtsreformen von 1969 und 1973 zu der erstrebten Verminderung homosexueller Handlungen führte. Da es sich bei der Wahl des Geschlechtspartners nicht lediglich um ein überwiegend rational gesteuertes, sondern um ein aus vielen lebensgeschichtlichen Einflüssen und anderen Ursachen gespeistes Verhalten handelt, konnten und können Homosexuelle auch durch eine Strafandrohung nicht dauernd in ihrem Sexualverhalten beeinflußt werden. Das Verbot der Homosexualität führte stattdessen zu großem persönlichen Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie zu erheblicher Sekundärkriminalität, wie zum Beispiel der Erpressung von Homosexuellen. Im weiteren standen die Strafbestimmungen auch einem korrekten wissenschaftlichen und klinischen Verständnis der Homosexualität im Wege. So kam es zur Legitimation von Behandlungsmethoden an diesen Menschen, die aus heutiger Sicht als atavistische Racheaktionen bezeichnet werden.

Nicht zuletzt durch die Strafrechtsreformen sind der Gesellschaft einschließlich der Ärzte und Sozialwissenschaftler andere Zugänge zu homosexuellen Männern eröffnet worden, die zu einer neuen Sicht der Homosexualität geführt haben. Durch die Liberalisierung ihrer Lebensumstände können Homosexuelle heutzutage ihre Konflikte und Probleme, die sich allgemein aus ihrem Leben ergeben und die vorher aus Angst vor Strafverfolgung nicht artikuliert wurden, eher offenlegen und verarbeiten.

In Ländern wie Dänemark oder den Niederlanden, in denen die gesellschaftliche und rechtliche Gleichstellung für weibliche und männliche Homosexuelle weiter als in der Bundesrepublik Deutschland vorangeschritten ist, gelingt den Homosexuellen die Bewältigung ihrer Probleme und Konflikte besser und mit größerer Gelassenheit. Gleiche Rechte und damit gleiche Möglichkeiten der Konflikt- und Problembewältigung bedeuten gleichen Zugang zu allen rechtlichen und gesellschaftlichen Institutionen und beschränkt sich nicht auf die Beseitigung oder Liberalisierung strafrechtlicher Sanktionen.

6.1.2.4 Durchsetzung des Sicherheitsgurts

Für die Durchsetzung des Sicherheitsgurts waren, entgegen dem ersten Anschein, die allgemeinen Aufklärungs- und Sicherheitskampagnen von großer Bedeutung. Es zeigte sich nämlich, daß eine Maßnahme, die sich an alle Autofahrer richtet, auf die Dauer eine größere Akzeptanz findet als spezifische Maßnahmen gegenüber bestimmten Gruppen von Autofahrern wie z. B. Anfängern oder Personen, die schon einmal in einen Unfall verwickelt waren. Bei einer allgemeinen Anschnallpflicht läßt das Gurten keinen Rückschluß auf das Fahrvermögen zu.

Aus der Erfahrung, daß die Befolgung der Gurtpflicht sich nach Einführung des Bußgeldes beträchtlich er-

höhte, wird gelegentlich der Schluß gezogen, Androhung und Durchsetzung staatlicher Sanktionen seien zur Bekämpfung eines bestimmten Fehlverhaltens wirksamer als Aufklärung. Indessen ist dieser Schluß in verschiedener Beziehung fragwürdig. Zwar steht fest, daß die zusätzliche Einführung des Bußgeldes nach breiter und erfolgreicher Aufklärung die Resultate wesentlich verbessert hat. Diese Erfahrung läßt sich aber nicht ohne weiteres auf die AIDS-Prävention übertragen.

Zunächst ist zu bedenken, daß schon die bloßen Aufklärungs- und Sicherheitskampagnen bei der Gurtpflicht zu einer ganz erheblichen Resonanz und Akzeptanz geführt hatten; fast die Hälfte der Autofahrer legte den Gurt an und fast die gesamte Bevölkerung hielt die Gurtpflicht für sinnvoll. Der Schluß, derartige Maßnahmen seien zur Verhaltenssteuerung weitgehend ungeeignet, ist daher unzutreffend. Ebenso voreilig wäre es allerdings, umgekehrt stets auf entsprechende Erfolge von Aufklärungskampagnen zu bauen. Geboten ist vielmehr eine sorgfältige Analyse der Umstände, die jeweils zum Erfolg geführt haben. Dabei kommt es sicher in erster Linie auf die Überzeugungskraft der Gründe an, die für ein bestimmtes Verhalten sprechen. Ebenso entscheidend ist jedoch die Vermeidung unnötiger Widerstände. So wird ein Teil des Erfolges der Gurtkampagne darin gesehen, daß sie sich an alle Autofahrer richtete und nicht etwa spezifisch an Gruppen mit einem besonderen Unfallrisiko wie etwa Anfänger oder Personen, die schon mal in einen Unfall verwickelt waren. Damit wurde der Effekt vermieden, daß sich jemand womöglich deshalb nicht anschnallt, weil er sich nicht als Angehöriger einer Gruppe zu erkennen geben will. Die Chance, „das Gesicht zu wahren", ist offenbar eine wichtige Bedingung, um jemanden zur Veränderung seines Verhaltens zu bewegen.

Der zusätzliche Erfolg durch die Androhung und Durchsetzung von Sanktionen bedarf gleichfalls einer sorgfältigen Prüfung, bevor man verallgemeinernde Schlüsse zieht. Insoweit spielt die Tatsache eine entscheidende Rolle, daß der Regelverstoß bei der Anschnallpflicht für jedermann sichtbar ist, sich also leicht kontrollieren läßt. Deshalb ist auch das Risiko für den einzelnen, sich verantworten zu müssen, sehr hoch. Das Interesse, die Sanktion zu vermeiden, ist aber womöglich gar nicht das tragende, sondern nur ein den letzten Ausschlag gebendes Motiv, den Gurt anzulegen. Es kann sehr wohl sein, daß in vielen Fällen nur die eigene Bequemlichkeit der Beachtung der an sich für richtig gehaltenen Verhaltensanweisung entgegenstand und nur sie durch die Sanktionsgefahr überwunden wurde. Es ist allerdings auch möglich, daß erst durch die Einführung der Ahndungsmöglichkeit einer großen Zahl von Autofahrern bewußt wurde, daß es dem Staat mit der Beachtung der Gurtpflicht ernst ist. Dabei mag die verbreitete Fehlvorstellung mitgewirkt haben, daß das, was der Staat ohne Sanktion lasse, geduldet werde. Die Erfahrungen mit dem Sicherheitsgurt lassen nicht den Schluß zu, daß immer dann, wenn das Aufklärungskonzept keinen hinreichenden Erfolg hat, durch ein Sanktionsmodell mehr zu erreichen wäre.

6.1.2.5 Fazit

Die aufgeführten Beispiele zeigen, daß auf die maßstabsbildende Funktion des Rechts auch bei der AIDS-Prävention nicht verzichtet werden kann. Eine Rechtsordnung, die wie unsere vom Freiheitsprinzip ausgeht, muß klar und eindeutig erkennen lassen, welches Verhalten (Handeln oder Unterlassen) sie jeweils mißbilligt und was sie gegebenenfalls von Betroffenen und gegenüber Betroffenen verlangt. Bezogen auf die HIV-Infektion gehört dazu die Pflicht, diskriminierende Handlungen gegenüber Betroffenen zu unterlassen, ebenso wie die Pflicht, infektionsträchtige Verhaltensweisen zu vermeiden. Von der maßstabsbildenden Funktion ist die Frage der jeweils angemessenen Sanktion auf Rechtsverstöße zu trennen. Die Bemessung der Sanktion ist in erster Linie eine Frage der Rechtspolitik, wobei die Erfahrungen der Rechtspraxis einen wichtigen Bestimmungsfaktor bilden.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 2: Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben *)

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 364 ff.

Einleitung

Die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Seuchen) beim Menschen wird in allgemeiner Weise im Bundesseuchengesetz (BSeuchG) sowie für einige Krankheiten speziell im Geschlechtskrankheitengesetz (GeschlG) geregelt. Diese Vorschriften und die darauf gründenden Rechtsverordnungen, zu deren Erlaß teils Bundes-, teils Landesbehörden ermächtigt sind, enthalten die Rechtsgrundlagen für verschiedene Maßnahmen der Gesundheitsbehörden auf dem Gebiet des Seuchenrechts. Der Sache nach handelt es sich beim Seuchenrecht um einen Ausschnitt aus dem Sicherheitsrecht, also dem Recht der Gefahrenabwehr. Aus dieser systematischen Standortbestimmung ergibt sich, daß dort, wo das Seuchenrecht schweigt oder sich als unvollständig erweist, auf Begriffe, auf Denkfiguren und auf Grundsätze des Sicherheitsrechts zurückgegriffen werden kann; dies allerdings nur, wenn die Spezialregelung einen solchen Rückgriff zuläßt.

Das Recht der Gefahrenabwehr und somit auch das Seuchenrecht sind wegen ihrer teils sehr weitgefaßten Ermächtigungen zu einschneidenden Maßnahmen gegenüber den jeweils Betroffenen in hohem Maße grundrechtssensibel. Solche Sensibilität besteht in zweierlei Hinsicht. Einmal ist stets zu fragen, ob und in welchem Umfang die Grundrechte seuchenrechtlichen Maßnahmen im Einzelfall entgegenstehen, zum anderen, ob und in welchem Umfang sich solche Maßnahmen verfassungsrechtlich rechtfertigen lassen, ob sie gar von der Verfassung geboten werden. Beide Fragen stellen sich bei der HIV-Infektion und AIDS in besonderer Schärfe. Die Antworten sind zum Teil sehr umstritten.

I. Bestandsaufnahme

6.2.1 Verfassungsrechtliche Abwägungsgebote bei kollidierenden Grundrechten

6.2.1.1 Grundrechtliche Kollisionslagen

Zwei konträre verfassungsrechtliche Ansätze beherrschen die juristische Diskussion über den richtigen Umgang mit der HIV-Infektion. Nämlich einmal: der Ansatz bei den Grundrechten der von staatlichen Eingriffsmaßnahmen Betroffenen. Zum anderen: der Ansatz bei der Schutzpflicht des Staates zugunsten der Nichtinfizierten.

Aus den Grundrechten der Infizierten bzw. Kranken ergibt sich ein verfassungsrechtliches Verbot, deren körperliche Integrität und ihre Handlungsfreiheit zu beeinträchtigen. Dieses Verbot wendet sich tendenziell gegen alle staatlichen Eingriffsmaßnahmen. Daraus folgert man, daß staatliche Eingriffe allenfalls bei extremen Ausnahmelagen, etwa bei offensichtlicher Uneinsichtigkeit eines Infizierten, in Betracht kommen. Aus der Schutzpflicht des Staates gegenüber den Gesunden leiten andere ein verfassungsrechtliches Gebot zu personell und sachlich weitreichenden Eingriffsmaßnahmen gegen die Betroffenen her, also vor allem gegen Personen, die HIV-infiziert oder dessen verdächtig sind; nur in extremen Ausnahmelagen lasse sich aus den Grundrechten der Betroffenen eine Gegenposition aufbauen.

Beide Ansätze überdehnen jedoch die hier einschlägigen verfassungsrechtlichen Vorgaben. Zu berücksichtigen ist nämlich einerseits, daß keines der hier maßgeblichen Freiheitsrechte dem Betroffenen ein absolutes Recht verschafft, das ihn jeweils rundum und in jedem Fall schützt. Vielmehr stehen diese Grundrechte unter einem staatlichen Regelungsvorbehalt, und es kommt lediglich auf eine der Verfassung gemäße Ausfüllung dieser Vorbehalte an. Andererseits wirken auch verfassungsrechtliche Schutzpflichten zugunsten der Gesunden nicht absolut. Der Gesetzgeber muß ihnen erst das rechte Maß geben. Genau genommen hat man es also mit einer verfassungsrechtlichen Spannungslage zwischen den Freiheitsrechten der Betroffenen und den verfassungsrechtlichen Schutzpflichten zugunsten der Gesunden zu tun.

Bei der Abwägung, welche konkreten Maßnahmen im Einzelfall von Verfassungs wegen einerseits zulässig und andererseits geboten sind, werden ebenfalls unterschiedliche Ansätze vertreten.

Die eine Meinung stellt bei der Prüfung seuchenrechtlicher Maßnahmen auf den Einzelfall ab und untersucht allein die unmittelbaren Wirkungen von staatlichen Eingriffsmaßnahmen für die davon direkt betroffenen Grundrechtspositionen und verfassungsrechtlichen Schutzpflichten. Dabei bleibt die Frage, wie sich der Einsatz seuchenrechtlicher Maßnahmen auf die auch kraft Verfassungs- und Seuchenrechts in erster Linie in Betracht kommenden Aufklärungs- und Beratungsstrategien auswirken, außer Betracht. Diese Ansicht beruft sich auf die vom Gesetzgeber allgemein getroffene Entscheidung, übertragbare Krankheiten mit den Mitteln und im Rahmen des BSeuchG zu bekämpfen.

Die Gegenansicht verweist darauf, daß unbestrittenermaßen zu den Verhütungs- und Bekämpfungsmitteln des BSeuchG auch Aufklärung und Beratung gehören. Die nur auf die unmittelbaren Wirkungen von staatlichen Eingriffsmaßnahmen abstellende Meinung berücksichtige nicht deren mittelbare Auswirkungen auf das derzeitige staatliche Aufklärungs- und Beratungskonzept und nehme eine möglicherweise erhebliche Effektivitätsminderung der Aufklärungs- und Beratungsbemühungen in Kauf. Um die Effektivität der Gesamtstrategie gegen AIDS nicht zu beeinträchtigen, müsse der Einsatz bzw. Nichteinsatz rechtlich möglicher Instrumente generell und im Einzelfall von den — zumindest plausibel davon ausgehenden — erwünschten und unerwünschten Wirkungen auf Einstellung, Verhalten und Vertrauen der von den Maßnahmen unmittelbar oder mittelbar Betroffenen abhängig gemacht werden.

Es kann zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen, je nachdem, ob man zur Prävention und Bekämpfung von AIDS eher eine Aufklärungs- und Lernstrategie oder eher eine Such- und Eingriffsstrategie für verfassungsrechtlich zulässig und geboten hält.

Je nachdem, welchem Ansatz man folgt, erscheinen Maßnahmen wie die Anordnung eines HIV-Antikörpertests, die Einführung einer namentlichen Meldepflicht oder das Aufdecken und die Unterbrechung von Infektionsketten ohne oder gar gegen den Willen der Betroffenen in einem anderen verfassungsrechtlichen Licht.

6.2.1.2 Lösungswege für grundrechtliche Kollisionslagen

Es ist umstritten, wie die im Zusammenhang mit der AIDS-Bekämpfung auftretenden Grundrechts-Kollisionen zu lösen sind.

Ein Weg besteht in der Suche nach Vorrangbeziehungen, sei es , daß man der Schutzpflicht einen prinzipiellen Vorrang gegenüber der Freiheit, sei es, daß man umgekehrt der Freiheit einen prinzipiellen Vorrang vor der Schutzpflicht einräumt. Solche Vorgehensweise wäre indessen nicht sachgerecht.

Das Verfassungsrecht gibt dem Gesetzgeber nämlich die Suche nach der praktischen Konkordanz auf, d. h. er muß dafür Sorge tragen, daß in entsprechenden Konfliktslagen von beiden verfassungsrechtlichen Positionen so viel wie möglich realisiert wird. Die Verfassung zwingt also nicht zu einem „Entweder-Oder",

sondern gebietet das schonendere „Sowohl-als-auch".

Solcher Ausgleich der Gegensätze zwingt den Gesetzgeber zur Auflistung der jeweils am Konflikt beteiligten Interessen und zur Bewertung dieser Interessen vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Wertordnung. Auf diese Weise entstehen Rahmen und Kontur für die jeweils in Betracht kommenden normativen Konfliktslösungsmodelle.

6.2.2 Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von AIDS und tangierte Grundrechte

6.2.2.1 Grundrechte HIV-Infizierter und AIDS-Kranker

6.2.2.1.1 Freiheits- und Gleichheitsrechte

Alle Maßnahmen der Gesundheitsbehörden gegenüber Personen, die möglicherweise oder nachgewiesenermaßen HIV-infiziert oder am Vollbild von AIDS erkrankt sind, berühren zunächst den Schutzbereich der allgemeinen Handlungsfreiheit des Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG). Dieses Grundrecht gilt als Auffanggrundrecht für verschiedene im GG nicht speziell aufgezählte Freiheitsrechte wie z. B. das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf freie Partnerwahl, das Recht auf Sexualität usw. Das Bundesverfassungsgericht hat aus Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Menschenwürdesatz des Artikel 1 Abs. 1 GG unter anderem das sogenannte allgemeine Persönlichkeitsrecht entwickelt. Dieses schützt die Privat-, Geheim- und Intimsphäre des einzelnen vor Eingriffen, die den engeren Persönlichkeitsbereich beeinträchtigen können. Im Volkszählungsurteil (BVerfGE 65, S. 1ff.) hat das Bundesverfassungsgericht aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht zudem das informationelle Selbstbestimmungsrecht als Grundlage des verfassungsrechtlichen Datenschutzes entwickelt. Danach darf jeder grundsätzlich selbst entscheiden, ob, wann und innerhalb welcher Grenzen er persönliche Lebenssachverhalte offenbart und ob und in welchem Umfang so gewonnene personenbezogene Daten verarbeitet werden dürfen. Dieses Recht spielt eine zentrale Rolle bei der Frage der Erhebung und der Verarbeitung von Gesundheitsdaten, vor allem bei Daten über den Immunstatus einer Person.

Aus dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung wird von einigen Rechtswissenschaftlern auch das Recht des Menschen abgeleitet, sich vor dem Wissen darüber zu bewahren, wann und unter welchen Umständen sein Leben enden wird. Dieser Gesichtspunkt könne bei der Prüfung der Frage Bedeutung erlangen, ob Betroffene auf Grund der Vorschriften des Seuchenrechts zur Duldung eines HIV-Antikörpertests gezwungen werden können. Wer gegen oder ohne seinen Willen mehr oder weniger konkret über sein nahes oder ferneres Ende aufgeklärt werde, verliere in einem entscheidenden Punkt den Zugang zu derjenigen Gnade, mit der Menschen im allgemeinen rechnen können: Nicht wissen zu müssen, wann ihr Leben aufhört.

Dem wird entgegengehalten, daß nach unserem Grundrechtssystem zwar jeder selbst entscheiden darf, ob und welche Informationen er sich über seine Person verschafft. Das Grundgesetz verbürge indessen niemandem ein Recht auf Nichtwissen zu Lasten Dritter. Das Seuchenrecht gebe eine die allgemeine Handlungsfreiheit einschränkende Rechtsgrundlage, um gegebenenfalls jemanden auch gegen dessen Willen zu untersuchen und über den Befund und die sich daraus ergebenden Konsequenzen aufzuklären.

Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, etwa die Entnahme von Blut zu Untersuchungszwecken ohne oder gar gegen den Willen des Betroffenen, sind am Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG zu messen.

Behördliche Maßnahmen wie die Absonderung (§ 37 Abs. 1 BSeuchG) oder die zwangsweise Unterbringung in einer abgeschlossenen Einrichtung (§ 37 Abs. 2 BSeuchG) berühren das Grundrecht auf Freiheit der Person gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG. Die Einschränkung dieser Freiheit wirkt sich auf eine Reihe anderer Grundrechte aus, z. B. auf das Recht auf Freizügigkeit, Artikel 11 GG, auf die Berufsausübungsfreiheit, Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG, aber auch auf die Allgemeine Handlungsfreiheit des Artikel 2 Abs. 1 GG.

Je nach Fallkonstellation kann eine seuchenrechtliche Maßnahme auch direkt in das Grundrecht der Berufsfreiheit, Artikel 12 Abs. 1 GG, eingreifen, z. B., wenn einem HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken der Besuch einer Ausbildungsstätte (z. B. Schule) oder die weitere Ausübung seines Berufes untersagt wird (z. B. gemäß § 38 BSeuchG).

Werden im Zuge der HIV-Prävention wesentlich gleiche Sachverhalte ohne zureichenden Grund ungleich oder wesentlich ungleiche Sachverhalte grundlos gleich behandelt, steht dem der allgemeine Gleichheitssatz des Artikel 3 Abs. 1 GG entgegen.

Alle von seuchenrechtlichen Maßnahmen möglicherweise betroffenen Freiheitsrechte sind allerdings von Verfassungs wegen mit Regelungs-, Gesetzes- oder Eingriffsvorbehalten versehen, Artikel 2 Abs. 1 2. Halbsatz, Artikel 2 Abs. 2 Satz 3, Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG. Freiheitsbeschränkungen sind daher durchaus zulässig. Sie müssen sich allerdings im Rahmen der verfassungsrechtlichen Wertordnung halten, d. h., sie müssen einem Zweck dienen, den zu verfolgen die Verfassung vorschreibt oder mindestens erlaubt. Sie dürfen ferner nicht gegen das Übermaßverbot verstoßen, müssen also geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein, und sie müssen den verfahrensrechtlichen Anforderungen des Grundgesetzes genügen. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit ist vor allem darauf zu achten, daß die verfassungsrechtlichen Wertentscheidungen respektiert werden.

6.2.2.1.2 Schutzpflichten des Staates gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken

Grundrechte sind ursprünglich Abwehrrechte des Bürgers gegen staatliche Gewalt. Modernes Grundrechtsverständnis hat eine zusätzliche Schutzdimen-

sion eröffnet. Der einzelne hat nicht nur ein Recht darauf, vom Staat nicht in verfassungswidriger Weise in seinen Freiheiten beeinträchtigt zu werden. Vielmehr kann er vom Staat auch verlangen, in Schutz genommen zu werden, wenn ihm von dritter Seite Gefahr droht oder wenn er von dritter Seite im Genuß seiner Rechte beeinträchtigt wird.

Dies folgt allgemein aus dem Sozialstaatsprinzip und im besonderen aus den einzelnen Grundrechten in Verbindung mit der Schutzpflicht des Artikel 1 Abs. 2 Satz 2 GG. Das Bundesverfassungsgericht hat eine solche grundrechtliche Schutzpflicht unter anderem für das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit angenommen. Aufgrund des Sozialstaatsgebots ist der Staat verpflichtet, für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen. Er muß deshalb zur Bewältigung sozialer Notlagen und individueller Beeinträchtigungen beitragen, die z. B. durch Krankheit, Alter, Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit oder sonstige Lebensumstände verursacht sind und die der einzelne nicht aus eigener Kraft meistern kann.

Eine allgemeine Klausel wie die des Sozialstaatsprinzips, aber auch die einem bestimmten Grundrecht zugeordnete Schutzpflicht, bedarf der Konkretisierung, d. h. der Umsetzung in bereichsspezifische Rechtssätze und einzelfallbezogene Entscheidungen. Solche Konkretisierung ist in erster Linie Aufgabe des Gesetzgebers, in zweiter Linie Aufgabe derer, die das Recht anzuwenden haben, also der Repräsentanten der vollziehenden und der rechtsprechenden Gewalt. Sozialstaatliche Denkfiguren für den Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sind z.B Diskriminierungsverbote, Rehabilitationsangebote, Eingliederungs- und Umschulungshilfen, Arbeitsplatzsicherung, Kündigungsschutz.

6.2.2.2 Grundrechte der Nichtinfizierten

6.2.2.2.1 Freiheitsrechte der Nichtinfizierten

Die Freiheitsrechte der Nichtinfizierten werden von Maßnahmen nach dem Seuchenrecht allenfalls am Rande und eher reflexiv berührt, etwa wenn einem Infizierten HIV-riskante Kontakte mit seinem nichtinfizierten Partner verboten würden. Freilich sind allgemeine oder an einzelne Nichtinfizierte gerichtete Verbote, riskante Kontakte zu unterlassen oder sich jedenfalls zu schützen, am Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit zu messen. Das gilt auch für die verschiedentlich erhobene Forderung, allen Freiern aufzugeben, Kondome zu benutzen.

6.2.2.2.2 Schutzpflichten des Staates gegenüber Nichtinfizierten

Erhebliches Gewicht kommt dagegen der Frage zu, ob den Nichtinfizierten gegenüber eine Schutzpflicht des Staates aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG besteht und gegebenenfalls, was der Staat allgemein und im Einzelfall zum Schutz der Nichtinfizierten vor einer HIV-Infektion zu tun hat. Nimmt man eine solche Schutzpflicht an, so folgt schon daraus zugleich eine Beschränkung, mindestens aber eine Beschränkbarkeit der Freiheitsrechte der Infizierten. Die Schutzpflicht wäre nämlich entweder eine immanente Schranke der Freiheiten der Infizierten oder verpflichtete mindestens zur Einschränkung dieser Freiheiten im Rahmen der bestehenden Regelungsvorbehalte.

Gegenstand der Schutzpflicht aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts das Leben und die körperliche Unversehrheit eines jeden einzelnen. Im Prinzip besteht also eine verfassungsrechtliche Pflicht aller staatlichen Gewalten, durch jeweils geeignete Maßnahmen die Nichtinfizierten vor einer Infektion mit dem HIV-Virus zu schützen.

Das Bundesverfassungsgericht hat die aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG hergeleitete Pflicht des Staates, Leben und Gesundheit der Bürger zu schützen, in einer Reihe von Entscheidungen präzisiert (vgl. insbes. BVerfGE 39, S. 1 ff. (Fristenlösung); BVerfGE 46, S. 160ff. (Schleyer); BVerfGE 49, S. 89ff. (Schneller Brüter Kalkar); BVerfGE 56, S. 54ff. (Fluglärm)). Es hat dabei betont, daß Maßnahmen, die eine Gefahr abwehren sollen, nach Möglichkeit ein Vorrang gegenüber nachträglichen strafrechtlichen Maßnahmen einzuräumen ist. Daraus wird allgemein gefolgert, daß präventive Maßnahmen ohne Eingriffscharakter gegenüber Eingriffsmaßnahmen vorzuziehen seien. Zudem steht dem Gesetzgeber bei der bereichsspezifischen Konkretisierung des Schutzauftrags ein von politischen Erwägungen abhängiger Einschätzungsvorbehalt zu, der nur sehr bedingt gerichtlich überprüfbar ist.

In der rechtswissenschaftlichen Diskussion ist deshalb darauf hingewiesen worden, daß die normative Reichweite des verfassungsrechtlichen Schutzauftrags nicht überschätzt werden dürfe. Das Bundesverfassungsgericht sei durchaus behutsam in der Anwendung dieses Instruments. Die eigentliche Zielrichtung des Ansatzes bei der staatlichen Schutzpflicht sei die Sanktionierung gesetzgeberischen Unterlassens, nicht die „Juridizierung des Politischen", die den gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum weitgehend reduzieren und politische Fragen in Rechtsfragen umwandeln würde (vgl. die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum AIDS-Aufklärungs- und Beratungskonzept der Bundesregierung, 2. Kammer des Ersten Senats, NJW 1987, S. 2287).

Deshalb ist eine Schutzpflicht erst dann einklagbar, wenn die zuständigen Organe gänzlich untätig geblieben oder wenn die bisher getroffenen Maßnahmen evident unzureichend sind, um den verfassungsrechtlich gebotenen Schutz zu gewähren. Die Verfassung verpflichtet also den Gesetzgeber zwar für ausreichenden Schutz zu sorgen, jedoch noch nicht zu einem bestimmten Handlungsprogramm. Der Gesetzgeber muß aber die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten in seine Abwägung einstellen, wobei auch ihr verfassungsrechtlicher Rang sowie das Ausmaß der Gefährdung mit zu bedenken sind.

Demgemäß hat das Bundesverfassungsgericht in seiner vorerwähnten Kammerentscheidung vom 28. Juli 1987 anerkannt, daß die Maßnahmen des Bundesgesetzgebers bzw. der Bundesregierung, die Bevölkerung vorrangig durch Aufklärung über die Anstek-

kungsgefahr von AIDS beeinflussen zu wollen, nicht evident unzureichend seien. Es lasse sich unmittelbar aus der Verfassung derzeit keine Verpflichtung zur Einführung einer namentlichen Meldepflicht oder einer Reihenuntersuchung bei AIDS ableiten. Für die Einführung zusätzlicher, d. h. über das geltende Seuchenrecht hinausgehender Maßnahmen stehe dem Gesetzgeber ein beträchtlicher gesundheitspolitischer Spielraum zu Gebote. Der Gesetzgeber müsse die Möglichkeit haben, Erfahrungen zu sammeln und gegebenfalls das einschlägige Recht der jeweils bestehenden Situation anzupassen.

6.2.2.3 Freiheitsrechte der Infizierten sowie Schutzpflichten gegenüber den Infizierten einerseits und Schutzpflichten gegenüber den Nichtinfizierten andererseits

Weil das Verfassungsrecht für Grundrechtskollisionen den schonendsten Ausgleich zu suchen gebietet, scheiden alle Lösungen, die einseitig entweder den Freiheitsrechten der Infizierten oder den Schutzpflichten zugunsten der Nichtinfizierten einen prinzipiellen Vorrang einräumen, von vornherein aus.

6.2.2.3.1 Grenzen staatlicher Eingriffe in Freiheitsrechte

Allgemein gilt für Eingriffe in Freiheitsrechte, daß die Anforderungen an die Rechtfertigung von Freiheitsbeschränkungen mit der Eingriffsintensität wachsen. Je tiefer, je nachhaltiger und je länger die Freiheit beeinträchtigt wird, desto gewichtiger müssen die Gründe und desto besser muß die Verfahrenssicherung ausgelegt sein. Deshalb muß z. B. eine seuchenrechtliche Absonderung immer „ultima ratio" bleiben und darf überdies nur auf Grund richterlicher Entscheidung erfolgen.

6.2.2.3.2 Grenzen staatlicher Schutzpflichten

Entsprechendes gilt für die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten. Je höher das geschützte Rechtsgut von der Rechtsordnung bewertet wird und je größer die Gefahr ist, die diesem Rechtsgut droht, desto stärker bindet die verfassungsrechtliche Schutzpflicht Gesetzgeber und vollziehende Gewalt.

Bei der Beurteilung der Schutzpflicht spielt allerdings auch eine Rolle, ob der durch sie Begünstigte selbst etwas zu seinem Schutz beitragen kann. Staatliche Schutzpflichten sind von besonderer Bedeutung, wenn sich der einzelne nicht selbst schützen kann. Dabei ist auch zu beachten, daß die Konkretisierung von Schutzpflichten weniger das Bürger-Staat Verhältnis betrifft. Im Vordergrund stehen vielmehr innergesellschaftliche Konflikte. Um einer unkontrollierten Ausuferung des Schutzpflichtgedankens zu begegnen, bedarf es eines eindeutigen Schutzbedürfnisses als Begrenzungskriterium. Dieses fehlt u. a., wenn jedermann sich in ausreichender Weise selbst schützen kann.

Daraus wird von einem Teil der Rechtswissenschaft und einem Teil der Kommission geschlossen, daß es eines seuchenrechtlichen Schutzes der möglicherweise Gefährdeten nicht bedürfe, wenn diese in der Lage sind, sich verhältnismäßig mühelos selbst zu schützen. Auch bei AIDS ist Selbstschutz aber nur möglich, wenn die Betroffenen das Risiko kennen. Diese Kenntnis fehlt z. B. Ehefrauen, deren Männer heimlich i. V. — drogenabhängige Prostituierte aufsuchen und die beim Geschlechtsverkehr mit diesen Frauen kein Kondom benutzen (vgl. 6.2.3.4.2).

Dem wird entgegengehalten, daß es zumal bei sehr hochrangigen Rechtsgütern und bei der Gefahr irreversibler Beeintächtigungen nicht allein auf die Möglichkeit des Selbstschutzes ankommen könne. Zu berücksichtigen sei auch, ob und in welchem Ausmaß der Selbstschutz tatsächlich wahrgenommen werde und wahrgenommen werden könne.

6.2.2.3.3 Lösung von Kollisionslagen

Die Kollisionslagen im Zusammenhang mit der HIV-Infektion lassen sich nicht durch klare und bündige Rechtsnormen lösen, weil sich einerseits die Gefahren für die Freiheit des Infizierten oder möglicherweise Infizierten nur im Einzelfall halbwegs exakt erfassen lassen und weil andererseits auch die Gefahr einer Übertragung des Virus von jeweils sehr verschiedenen Umständen abhängt. Deshalb bleibt nur der Rückzug auf eine Beschreibung des normativen Programms durch Rechtsbegriffe mit hohem Abstraktionsgrad und auf generalklauselartige Normen, welche die Verwaltung ermächtigen, das Normenprogramm im Einzelfall unter strikter Wahrung der verfassungsrechtlichen Maßstäbe zu konkretisieren.

6.2.2.4 Das Verhältnis von Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen zu seuchenrechtlichen Eingriffsmaßnahmen

6.2.2.4.1 AIDS-Bekämpfung und gesundheitsrechtliche Symmetrie

Die Befürworter seuchenrechtlicher Eingriffsmaßnahmen als Ergänzung zum Aufklärungs- und Beratungskonzept argumentieren, daß HIV-Infektionen und andere übertragbare Krankheiten von Rechts wegen symmetrisch zu behandeln seien. Dies folge aus dem Gebot der Systemgerechtigkeit, das mit dem verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz eng verwandt ist. Eine Symmetrie ergebe sich aus den Schutzbestimmungen der §§ 31 ff. BSeuchG, aber auch aus den Vorschriften des GeschlG. Diesem behaupteten Gebot der Symmetrie liegt ein Erst-Recht-Schluß zugrunde: Wenn schon heilbare Krankheiten grundrechtseinschränkende Eingriffe rechtfertigten (vgl. §§ 10 Abs. 4, 32 Abs. 4, 34 Abs. 1 a.E. BSeuchG; § 2 Abs. 1 Satz 2 GeschlG), dann müsse eine Infektion wie HIV angesichts tödlicher Bedrohung und Unheilbarkeit solche Eingriffe erst recht rechtfertigen.

Die Befürworter eines überwiegenden Aufklärungs- und Beratungskonzepts verneinen diesen Ansatz unter Hinweis auf das verfassungsrechtliche Gebot der Differenzierung: Alle Zwangsmaßnahmen in Verbindung mit den herkömmlichen übertragbaren Krank-

heiten seien von vornherein zeitlich begrenzt. Angesichts überschaubarer Inkubations- und Latenzperioden sei es berechtigt, daß der Gesetzgeber den Gesundheitsbehörden bei den herkömmlichen übertragbaren Krankheiten so weitgehende Befugnisse eingeräumt habe. Die HIV-Infektion sei aber ein „medizingeschichtlich neuartiges Phänomen". Sollten daher Kontroll-, Überwachungs- und Absonderungsmaßnahmen überhaupt einen Sinn haben, müßten sie über alle HIV-Verdächtigen lebenslang verhängt werden. Eine solch umfassende Kontrolle des einzelnen habe der Gesetzgeber jedoch nicht ermöglichen wollen, als er das Bundesseuchengesetz schuf.

Dem halten die Befürworter seuchenrechtlicher Maßnahmen entgegen, daß der Staat, wenn er seuchenrechtliche Maßnahmen treffe, selbstverständlich als Rechtsstaat handle und vor allem grundrechtsgebunden bleibe. Er müsse sich daher in jedem Einzelfall strikt an den Präventionszweck halten und das verfassungsrechtliche Übermaßverbot beachten. Vor allem müsse er seine Maßnahmen so treffen und ausgestalten, daß jeder Betroffene die Chance erhalte, so bald wie irgend möglich von allen seuchenrechtlichen Freiheitsbeschränkungen loszukommen. Selbst die Absonderung müsse deshalb darauf angelegt sein, den Betroffenen möglichst rasch zu einem Verhalten zu bringen, das dessen Fortsetzung überflüssig mache.

6.2.2.4.2 Kollisionen zwischen seuchenrechtlichen Eingriffsmaßnahmen einerseits sowie Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen andererseits

Jedes Päventionskonzept muß sich an dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot messen lassen. Das heißt, es muß im Hinblick auf den angestrebten Zweck geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein. Dies führt zu der Forderung, von einer seuchenrechtlichen „Such- und Eingriffsstrategie" bei der AIDS-Prävention weitgehend Abstand zu nehmen, weil ein milderes Mittel, nämlich die auf Aufklärung und Beratung setzende „Lernstrategie" zur Verfügung stehe. Deshalb halten die Vertreter dieser Ansicht eine seuchenrechtliche Such- und Eingriffsstrategie, von Extremlagen abgesehen, für unverhältnismäßig. Des weiteren verweisen sie darauf, daß Maßnahmen, mit denen einzelne Infizierte ermittelt, kontrolliert, überwacht und gegebenenfalls abgesondert werden sollen, mit der Aufklärungs- und Lernstrategie unverträglich sein können: dem seuchenstrategisch möglicherweise nur marginalen Erfolg der Ermittlung und Kontrolle einzelner „Infektionsquellen" stehe eine schwerwiegende Schädigung des für die Aufklärungs- und Lernstrategie unabdingbaren Klimas von Vertrauen und Toleranz gegenüber. Diese Nachteile seien auch quantitativ, d. h. gemessen an der Anzahl der Infizierten und Erkrankten, unter Umständen viel gravierender als der durchschlagende Erfolg im Einzelfall.

Dem wird entgegengehalten, daß das verfassungsrechtliche Prinzip der Erforderlichkeit nur gebiete, unter mehreren gleichgeeigneten Mitteln das mildeste zu wählen. Zwar dürfe angenommen werden, daß Aufklärung und Beratung in einer Vielzahl von Fällen zureichten, um zu dem angesichts der Bedrohung durch die HIV-Übertragung gebotenen persönlichen Verhalten zu kommen. Aus diesem Grunde verbiete sich auch ein reines oder vorrangiges Eingriffskonzept. Weil jedoch nicht davon ausgegangen werden könne, daß nahezu jedermann durch Aufklärung zu einer raschen und nachhaltigen Verhaltensänderung gebracht werde, wohl aber zu erwarten stehe, daß durch sorgfältig dosierte Eingriffsmaßnahmen zusätzliche Präventionserfolge zu erzielen seien, könne ein Konzept, das fast ausschließlich auf Aufklärung und Beratung setze und den Einsatz des Seuchenrechts auf eher theoretische Extremfälle beschränke, nicht als gleich geeignetes Mittel angesehen werden. Im übrigen sei die Abwägung zwischen dem Nutzen und dem Nachteil von Präventionskonzepten Sache des Gesetzgebers; aus der Verfassung ergebe sich dafür nur ein äußerster Rahmen. Vor allem dürfe bei Schutzpflichten, die sich aus Grundrechten ergeben, also aus Verfassungsrechten, die jeden einzelnen schützen sollen, keine Gesamtbilanzierung vorgenommen werden. Es gehe nicht an, eine durch seuchenrechtliche Maßnahmen konkret vermeidbare Infektion in der Hoffnung in Kauf zu nehmen, durch Aufklärungs- und Beratungsmaßnahmen insgesamt mehr Infektionen vermeiden zu können, zumal sich dieser erhoffte größere Erfolg nur schwer erhärten lasse.

6.2.3 Handlungsmöglichkeiten der Gesundheitsbehörden nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) bei der AIDS- Verhütung und -Bekämpfung

Seit Inkrafttreten des Reichsseuchengesetzes am 10. Juni 1900 war es für das Seuchenrecht charakteristisch, daß stets nur bestimmte, im einschlägigen Gesetz ausdrücklich genannte Krankheiten Gegenstand der Seuchenverhütung und -bekämpfung waren. Diese Beschränkung wurde mit dem BSeuchG 1961 aufgegeben, indem zunächst die Verhütungsmaßnahmen auf alle übertragbaren Krankheiten ausgedehnt wurden. Im Jahre 1979 wurden auch die Maßnahmen zur Bekämpfung (§§ 30ff. BSeuchG) auf alle Seuchen erstreckt. Ziel dieser Gesetzesänderungen war es, die Gesundheitsbehörden zu ermächtigen, auch bei Auftreten bislang unbekannter Krankheiten ohne erneute Einschaltung des Gesetzgebers sofort Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung einleiten zu können (vgl. Amtl. Begr. zu § 1 BSeuchG 1961, BT-Drucksache III/1888 — S. 20).

6.2.3.1 Anwendbarkeit des BSeuchG auf AIDS

6.2.3.1.1 AIDS als „übertragbare Krankheit" im Sinn von § 1 BSeuchG

Der Begriff der „Seuche" im Sinne des BSeuchG wird in § 1 BSeuchG definiert. Danach sind übertragbare Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes alle durch Krankheitserreger verursachten Krankheiten, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden können. Ob eine Krankheit durch Krankheitserreger verursacht wird, „die unmittelbar oder

mittelbar auf den Menschen übertragen werden können", ist eine medizinische Frage.

AIDS ist eine übertragbare Krankheit im Sinne von § 1 BSeuchG, weil es die beiden medizinischen Voraussetzungen erfüllt, die für eine Qualifizierung als übertragbare Krankheit erforderlich sind, nämlich: die Verursachung durch einen Krankheitserreger, das HI-Virus, und die Übertragbarkeit auf den Menschen.

Damit sind Maßnahmen zur Verhütung und zur Bekämpfung von AIDS auf das BSeuchG zu stützen. Das ist heute unbestritten.

6.2.3.1.2 Normen zur Verhütung und zur Bekämpfung von AIDS

Streitig ist indessen schon, ob die Befugnisnormen zur Verhütung und die zur Bekämpfung (§§ 10ff., 30ff. BSeuchG) oder ausschließlich jene zur Bekämpfung (§§ 30ff. BSeuchG) bei AIDS anzuwenden sind. Obwohl unter dem Gesichtspunkt der praktischen Anwendung verständliche Argumente für eine ausschließliche Anwendung der Bekämpfungsvorschriften sprechen, sollten die Verhütungsvorschriften schon aus praktischen Erwägungen nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

Da jedoch die seuchenrechtlichen Normen zur Bekämpfung von AIDS im Mittelpunkt der Diskussion stehen, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen ausschließlich auf die Anwendbarkeit der §§ 30ff. BSeuchG.

6.2.3.2 Ermittlungs- und Schutzmaßnahmen der Gesundheitsbehörden

6.2.3.2.1 Die seuchenrechtlichen Generalklauseln

Die seuchenrechtlichen Ermittlungs- und Bekämpfungsbefugnisse der Gesundheitsbehörden setzen voraus, daß jemand krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig, Ausscheider oder ausscheidungsverdächtig ist. Diese Begriffe werden in § 2 BSeuchG definiert.

Bezogen auf das Erscheinungsbild von AIDS ist demnach

- *krank:* jemand, bei dem der Nachweis des Virus positiv vorliegt und Krankheitssymptome im sogenannten Vollbild oder seinen Vorstadien gegeben sind (§ 2 Nr. 1 BSeuchG);
- *krankheitsverdächtig:* jemand, bei dem zwar Krankheitssymptome vorliegen, ohne daß aber ein positiver Befund hinsichtlich des Virus gegeben ist (§ 2 Nr. 2 BSeuchG);
- *Ausscheider:* eine Person, bei der der positive Befund hinsichtlich des Virus gegeben ist, aber keine Krankheitssymptome vorliegen (§ 2 Nr. 4 BSeuchG);
- *ausscheidungsverdächtig:* eine Person, von der anzunehmen ist, daß sie infiziert ist, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein. Es handelt sich also um jemanden, bei dem weder Krankheitssymptome noch das Virus selbst feststellbar sind (§ 2 Nr. 5 BSeuchG);
- *ansteckungsverdächtig:* eine Person, von der anzunehmen ist, daß sie das HI-Virus aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein (§ 2 Nr. 3 BSeuchG)

(Zuordnung nach Hofmann, NJW 1988, S. 1491).

6.2.3.2.2 Seuchenpolizeiliche Ermittlungs- und Schutzmaßnahmen

Nach § 31 Abs. 1 BSeuchG stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen, insbesondere über Art, Ursache, Anstekungsquelle und Ausbreitung der Krankheit an, wenn sich ergibt oder anzunehmen ist, daß jemand krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig, Ausscheider oder ausscheidungsverdächtig ist. Das Gesundheitsamt ist zu den erforderlichen Ermittlungen verpflichtet; sie stehen nicht in seinem Ermessen. Zu den möglichen Ermittlungsmaßnahmen gehört nach § 32 Abs. 2 BseuchG auch der HIV-Antikörpertest, den alle „ansteckungsverdächtigen" Personen dulden müssen.

Werden durch die Ermittlungen Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige, Ausscheider oder Ausscheidungsverdächtige festgestellt oder ergibt sich, daß ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, „kann" das Gesundheitsamt nach §§ 34 ff. BSeuchG „die notwendigen Schutzmaßnahmen anordnen, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung ... erforderlich ist". Ob und welche Schutzmaßnahmen das Gesundheitsamt anordnet, steht also in seinem pflichtgemäßen Ermessen.

6.2.3.2.3 Der seuchenrechtliche Gefahrenbegriff

Die Frage, gegen welche Personen das Gesundheitsamt nach § 31 BSeuchG Ermittlung durchführen muß, hängt von der Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe „krankheitsverdächtig, ausscheidungsverdächtig und ansteckungsverdächtig" ab. Diese Frage ist in der Rechtswissenschaft und in der Praxis heftig umstritten.

Die eine Meinung stellt dem Wortlaut des Gesetzes folgend auf den medizinischen Aspekt ab, ob sich eine Person möglicherweise angesteckt hat. Deshalb sei im seuchenrechtlichen Sinn jeder „ansteckungsverdächtig", der „at risk" lebt oder in den letzten Jahren gelebt hat; denn bei diesen Personen sei anzunehmen, daß sie das HI-Virus möglicherweise aufgenommen haben. Für eine so weitgehende Auslegung des Begriffs „Ansteckungsverdacht" spreche auch der sicherheitsrechtliche Hintergrund des Seuchenrechts. Die Anforderungen an einen Anfangsverdacht seien nämlich nach allgemeinen sicherheitsrechtlichen Grundsätzen um so geringer, je stärker und nachhaltiger sich eine übertragbare Krankheit für den einzelnen und die Allgemeinheit auswirke. Demgemäß reiche es für den seuchenrechtlichen Anfangsverdacht einer HIV-Infektion z. B. aus, daß jemand an Szenentreffpunkten angetroffen werde oder in den vergan-

genen Jahren angetroffen worden sei, von denen man wisse, daß es dort immer wieder zu riskanten Kontakten komme.

Die andere Meinung verweist darauf, daß danach die Mehrheit der sexuell aktiven Bundesbürger mit Ermittlungsmaßnahmen überzogen werden müsse, weil bei vielen ein „Seitensprung" in den letzten Jahren nicht von vornherein ausgeschlossen werden könne. Eine derart weite Ausdehnung des Anfangsverdachts sei mit dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot nicht zu vereinbaren. Die Ermittlungspflicht der Gesundheitsbehörden sei kein Selbstzweck. Sinn der Ermittlungen sei allein die Vorbereitung der Entscheidung über das weitere behördliche Vorgehen. Das werde auch in der Amtlichen Begründung zu § 31 BSeuchG deutlich. Dort heißt es: „Die §§ 31ff. BSeuchG, in denen die Vorschriften über die Ermittlungen zusammengefaßt sind, müssen daher nach Inhalt und Zweck auf die §§ 34ff. abgestellt sein. Zweck der Ermittlungen ist festzustellen, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach §§ 34ff. getroffen werden müssen". Demgemäß weise das BSeuchG ausdrücklich immer wieder auf die Notwendigkeit oder Erforderlichkeit seuchenpolizeilicher Maßnahmen hin. Alle seuchenpolizeilichen Maßnahmen stünden daher unter dem Vorbehalt einer spezifischen seuchenrechtlichen Gefahrenlage, die dadurch gekennzeichnet sei, daß zu dem medizinischen Ansteckungsverdacht eine verhaltensbezogene Gefahr hinzukomme müsse. Wenn es sich allerdings um eine Krankheit wie etwa offene Tbc handele, bei der es den Infizierten praktisch nicht möglich ist, eine Ansteckung anderer zu vermeiden, spiele diese verhaltensbezogene Komponente bei der Bewertung der seuchenrechtlichen Gefahrenlage keine Rolle. Anders dagegen bei Krankheiten wie AIDS, bei denen eine Übertragbarkeit durch das Verhalten der Infizierten sicher vermieden werden kann. Hier müsse auch das tatsächliche Verhalten der seuchenrechtlich Betroffenen — sowohl in der Vergangenheit als auch das zu erwartende wahrscheinliche Verhalten in der Zukunft — in die Bewertung der seuchenrechtlichen Gefahrenlage mit einbezogen werden. Deshalb genüge für Ermittlungsmaßnahmen bei AIDS nicht schon der „schwache Verdacht", daß jemand HI-Viren aufgenommen haben könnte; es müßten vielmehr Anhaltspunkte dafür hinzukommen, daß jemand die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen nicht einhalte.

Das müsse auch für die Personen gelten, die an Szenen-Treffpunkten von Hauptbetroffenengruppen angetroffen werden oder früher angetroffen worden sind. Es gebe innerhalb dieser Gruppen ganz unterschiedliche Szenen und Verhaltensweisen. Wenn gleichwohl ganze Gruppen als „ansteckungsverdächtig" definiert würden, dann führe das dazu, daß erhebliche Verhaltensunterschiede mißachtet und der Anwendungsbereich der Vorschriften immer mehr ausgedehnt werde. Die Erfahrung zeige zudem, daß gerade die traditionell schon immer stigmatisierten und diskriminierten Hauptbetroffenengruppen auf Kontrollmaßnahmen mit Abwehr und Ängsten reagieren und daß deshalb Zwangs- und Kontrollmaßnahmen bei ihnen wenig ausrichten. Es müsse daher auch bei diesen Gruppen auf das konkrete Verhalten des Einzelnen abgestellt und geprüft werden, ob beispielsweise ein Zwangstest geeignet und erforderlich ist, um Dritte zu schützen. Das schließe die vorherige Überlegung mit ein, welche Verhaltensänderungen des Betroffenen bei einem möglichen positiven Testergebnis notwendig sind und ob für entsprechende Anweisungen und Auflagen ein vorheriger Zwangstest erforderlich ist.

Die Vertreter der Gegenmeinung berufen sich demgegenüber auf den Wortlaut und den Sinn des § 31 BSeuchG, der allein auf entsprechende Krankheits- bzw. Verdachtssituationen abstellt. Der Gesetzgeber habe damit einen speziell seuchenrechtlichen Gefahrentatbestand umschrieben. Eine Ergänzung durch ungeschriebene Tatbestandsmerkmale sei weder geboten noch zulässig. Die Forderung nach einer zusätzlichen verhaltensbezogenen Komponente verkenne vor allem die seuchenrechtliche Zielsetzung der Gefahrenerforschung nach § 31 BSeuchG. Auf das zu erwartende Verhalten des Betroffenen könne es letztlich gar nicht ankommen, da nach dem Gesetz Ermittlungen auch geboten seien, wenn ein „Verstorbener krank, krankheitsverdächtig" usw. war. Die Beurteilung des Verhaltens habe zwar eine Bedeutung, jedoch nicht bei der Ermittlungstätigkeit, sondern erst bei der Entscheidung über die gebotenen Schutzmaßnahmen nach § 34ff. BSeuchG, nämlich im Hinblick auf die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme.

Das Seuchenrecht biete nach dieser Ansicht hinreichende Möglichkeiten, um der konkreten Situation des einzelnen Betroffenen gerecht zu werden. Man müsse jedoch zwischen der Phase der Ermittlung und der Phase der Entscheidung über eventuelle Schutzmaßnahmen sorgfältig trennen. In der Phase der Ermittlung gehe es um die Abklärung eines Anfangsverdachts. Angesichts der Schwere der Bedrohung reiche für die Annahme eines solchen Verdachts nach allgemeinen sicherheitsrechtlichen Grundsätzen bereits ein Verhalten aus, das ein für die HIV-Übertragung typisches Risiko aufweist wie z. B. Fixen, Prostitution oder Aufsuchen von Prostituierten. Lasse sich dieser zugegebenermaßen noch schwache Anfangsverdacht durch ein abklärendes Gespräch, durch einen Test oder durch weitere Ermittlungen im Einzelfall ausräumen, so erübrige sich die Frage nach Schutzmaßnahmen. Selbst wenn sie sich aber im Einzelfall stelle, müsse jede einzelne Maßnahme auf ihre Eignung, auf ihre Erforderlichkeit und ihre Verhältnismäßigkeit im konkreten Fall geprüft und entsprechend abgestimmt werden. Für eine ausreichende Berücksichtigung der jeweils besonderen Situation des einzelnen Betroffenen lasse daher das Seuchenrecht hinreichend Spielraum.

6.2.3.3 Ermittlungsmaßnahmen

6.2.3.3.1 HIV-Antikörpertest

Nach § 31 Abs. 1 BSeuchG stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit an, wenn sich ergibt oder anzunehmen ist, daß jemand ansteckungsverdächtig ist. Nach geltendem Seuchenrecht sind daher die Gesundheitsäm-

ter zur Gefahrenerforschung verpflichtet. Sie müssen in jedem Verdachtsfall, der ihnen bekannt wird, die Verdachtslage abklären, und, falls der Verdacht sich erhärtet, prüfen, ob und gegebenfalls welche Schutzmaßnahmen in Betracht kommen.

Nach § 32 Abs.2 BSeuchG sind Ansteckungsverdächtige verpflichtet, die für die Ermittlungen erforderlichen Untersuchungen zu dulden. Dabei darf auch das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit eingeschränkt werden. Das Seuchenrecht bietet damit eine Befugnisnorm für sogenannte Gefahrenerforschungseingriffe gegen Ansteckungsverdächtige. Durch sie sind notfalls auch Maßnahmen wie ein Antikörpertest gegen den Willen des Verdächtigen gedeckt.

Die den Gesundheitsämtern kraft Gesetzes auferlegte Ermittlungstätigkeit steht allerdings unter dem gesetzlichen Vorbehalt des Erforderlichen. Was im Zusammenhang mit der HIV-Infektion und AIDS als erforderlich anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert.

Wie dargestellt, gehen die Meinungen darüber, wann jemand im seuchenrechtlichen Sinne ansteckungsverdächtig ist, auseinander. Mit Ausnahme der Gesundheitsverwaltung des Freistaats Bayern teilen die Gesundheitsbehörden der übrigen Bundesländer die auch von Teilen der Rechtswissenschaft vertretene Meinung, daß für Zwangstests der bloße medizinische Ansteckungsverdacht nicht ausreiche. Sie sind deshalb der Auffassung, daß vor der Erzwingung eines HIV-Antikörpertests überlegt werden muß, welche Verhaltensänderungen des Betroffenen bei einem möglichen positiven Testergebnis notwendig sind und ob für entsprechende Anweisungen und Auflagen ein vorheriger Zwangstest erforderlich ist. Sie halten demgemäß nur in Ausnahmefällen die zwangsweise Durchführung eines HIV-Antikörpertests für zulässig und zwar nur dann, wenn das Verhalten des Betroffenen den Verdacht rechtfertige, daß er zur Ausbreitung der Seuche beitrage. Dagegen wird von einem anderen Teil der Rechtswissenschaft die Ansicht vertreten, daß jeder ansteckungsverdächtig im Sinne des § 2 Nr. 3 BSeuchG sei, der „at risk" lebe oder in den letzten Jahren gelebt habe. Hierfür spreche auch die allgemeine sicherheitsrechtliche Maxime, nach der die Anforderungen an einen Verdacht im sicherheitsrechtlichen Sinne umso geringer sind, je höher das bedrohte Rechtsgut steht, je nachhaltiger es beeinträchtigt würde und je weniger die Folgen der zu erwartenden Beeinträchtigungen zu beherrschen sind. Dieser Grundsatz gelte auch im Seuchenrecht. Die Gesundheitsverwaltung des Freistaats Bayern trifft demgemäß Maßnahmen nach § 31 i.V.m. § 2 Nr. 3 BSeuchG (Ermittlungen bei einem Ansteckungsverdacht) bei Personen, die ein für die zuständige staatliche Stelle wahrnehmbares, auf ein Übertragungsrisiko deutendes typisches Verhalten an den Tag legen. Das sei vor allem gegeben, wenn jemand der Prostitution nachgeht oder i.v. drogenabhängig ist. Der Bayerische Verwaltungsgerichthof hat sogar entschieden, daß der HIV-Antikörpertest selbst bei solchen Abhängigen zulässig sei, die sich in Therapie befinden und sich nach Auskunft ihrer Therapeuten verantwortungsvoll verhalten.

Ein Teil der Kommission legt in diesem Zusammenhang Wert auf die Feststellung, daß die Hauptbetroffenengruppe der Homosexuellen, die Sex-Touristen und die Freier von Prostituierten von der Gesundheitsverwaltung des Freistaates Bayern nicht als generell ansteckungsverdächtig behandelt werden.

Die Gesundheitsverwaltung des Freistaates Bayern vertritt in Übereinstimmung mit einem Teil der rechtswissenschaftlichen Literatur die Ansicht, das Seuchenrecht stelle die Ermittlungstätigkeit nicht in das Ermessen der Gesundheitsämter, sondern verpflichte sie zu ermitteln. Der gesetzliche Vorbehalt des Erforderlichen beziehe sich allein auf die Frage des Ermittlungsbedürfnisses. Ein solches sei aber angesichts der Bedrohlichkeit von AIDS stets gegeben, wenn nach der Sachlage mit hinlänglicher Eindeutigkeit der Verdacht eines Übertragungsrisikos bestehe. Dies sei bei Prostituierten und bei i.v.-Drogenabhängigen immer der Fall. Im übrigen bedürfe es jeweils der Kenntnis zusätzlicher, ein Übertragungsrisiko begründender Umstände, um eine seuchenrechtliche Ermittlungstätigkeit auszulösen. Hierdurch erkläre sich der zuvor angesprochene Unterschied bei der Behandlung von Homosexuellen und i.V-Drogenabhängigen, von Freiern und Prostituierten. Ein Verzicht auf eine so angelegte Ermittlungstätigkeit führe dazu, daß präventive Möglichkeiten ungenutzt blieben, vor allem daß man die Gefahrenherde nicht ausmache und vorhandene Infektionsketten nicht unterbreche. Solche Ermittlungstätigkeit stehe allerdings wie jede andere staatliche Tätigkeit unter dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot, so daß alle Gefahrenerforschungsmaßnahmen an den Prinzipien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu messen seien. Das bedeute unter anderem, daß die Abklärung des Gefahrenverdachts in erster Linie im Zusammenwirken mit dem Verdächtigen zu erfolgen habe und daß, falls es je zu Gefahrenerforschungseingriffen komme, diese ausschließlich am Zweck der Verdachtsabklärung orientiert sein müßten; sobald sich im Zuge der Ermittlungstätigkeit herausstelle, daß der Verdacht unbegründet sei, erübrigten sich weitere Maßnahmen.

Die seuchenrechtliche Ermittlungstätigkeit diene neben der Festellung von Gefahrenherden auch der Gewinnung von Daten über die epidemiologische Situation. Beides seien zentrale Aufgaben des BSeuchG. Wenn man von derartig angelegten Ermittlungen absehe, führe das dazu, daß man über die Ausbreitung der HIV-Infektion in der Bevölkerung nur unzureichend Bescheid wisse, was vor allem für die gesundheitspolitische Planung Probleme aufwerfe. Wesentliche Zielsetzungen des BSeuchG würden auf diese Weise vernachlässigt. Letztlich mache sich eine Gesundheitsverwaltung, die unter Berufung auf das Übermaßverbot das BSeuchG nicht anwende, zum Herrn über die Vorgaben des parlamentarischen Gesetzgebers.

6.2.3.3.2 Contact tracing

Für die Frage, ob und inwieweit § 31 BSeuchG die Gesundheitsämter in Verdachtsfällen zu Ermittlungsmaßnahmen verpflichtet, spielt auch die Möglichkeit des Contact tracing eine Rolle, also die Möglichkeit

der Gesundheitsbehörden, durch Befragung des Betroffenen den Übertragungsweg zurückzuverfolgen.

Es wird geltend gemacht, man begebe sich der Chance, auf diesem Wege die Ausbreitung der HIV-Infektion entgegenzuwirken, wenn man den HIV-Antikörpertest nicht als Ermittlungsmaßnahme einsetze. Gerade die an ein positives Testergebnis anknüpfende Ermittlungsmöglichkeit des Contact tracings bestätige die Richtigkeit der Auffassung, daß es dafür nicht auf das Verhalten des Betroffenen ankomme. Gegen das Contact tracing bestünden auch keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Da das informationelle Selbstbestimmungsrecht durch Gesetz einschränkbar sei, ließen sich die seuchenrechtlichen Befugnisnormen mindestens für eine Übergangszeit als zureichende Rechtsgrundlagen heranziehen, so wie dies auch im allgemeinen Sicherheitsrecht geschehe. Falls der Gesetzgeber im Falle von AIDS allgemein von einer Ermittlung der Ansteckungsquelle absehen wolle, bedürfe es hierzu einer das geltende Seuchenrecht einschränkenden Regelung. Ohne sie könnten die Gesundheitsämter allenfalls im Einzelfall, nämlich wenn die erforderlichen Ermittlungen zu einer unzumutbaren Belastung des Betroffenen führen würden, von einem Contact tracing absehen. Bei der Auswahl der hierbei einsetzbaren Mittel seien die Gesundheitsämter allerdings im wesentlichen auf die Kooperationsbereitschaft der Betroffenen angewiesen. Schon von daher sei ein möglichst zurückhaltender Einsatz von Zwangsmitteln geboten.

Die Gegenmeinung wendet gegen ein Contact tracing durch Gesundheitsbehörden vor allem ein, daß man nach einem Zwangstest von dem Betroffenen kaum Kooperationsbereitschaft erwarten könne. Brauchbare Angaben könnten deshalb in solchen Fällen allenfalls durch nachhaltige Zwangsmaßnahmen wie empfindliche Zwangsgelder und langandauernde Erzwingungshaft erreicht werden. Letztere ist nach der bestehenden Rechtslage ohnehin nicht möglich. Zusätzlich müsse man versuchen, die Betroffenen durch fortlaufende Überprüfung all ihrer Ausflüchte in die Enge zu treiben. Dadurch würden aber Verleumdungen und Denunziationen vieler nicht betroffener Bürger geradezu provoziert. Sinnvoll bzw. geeignet und damit rechtmäßig sei deshalb nur das von der Mehrheit der Kommission im *Zwischenbericht* (Abschnitt C, Kapitel 5.4.2.4.1) empfohlene Contact tracing auf freiwilliger Basis. Nach einem positiven Antikörpertest solle im Rahmen der Beratung und Betreuung der Betroffenen mit ihnen die Frage erörtert werden, welche anderen potentiell Betroffenen von diesem Befund unterrichtet werden sollten; gleichzeitig solle den Getesteten dafür professionelle Hilfe angeboten werden.

6.2.3.3.3 Meldepflicht

AIDS ist in § 3 BSeuchG nicht aufgeführt; es besteht daher keine namentliche Meldepflicht. Zwar ermächtigt § 7 Abs. 1, Abs. 3 BSeuchG den zuständigen Bundesminister bzw. die Landesregierungen durch Rechtsverordnung, die Meldepflicht auszudehnen. Von dieser Möglichkeit wurde aber bisher kein Gebrauch gemacht. Die Bundesregierung wie auch die Gesundheitsminister der Länder, mit Ausnahme des Freistaats Bayern, haben sich ausdrücklich dagegen ausgesprochen.

Die namentliche Meldepflicht des BSeuchG dient einem doppelten Zweck. Sie soll zum einen den Gesundheitsämtern die Basisinformationen zur Erfüllung ihrer Ermittlungsaufgabe verschaffen. Ohne namentliche Meldepflicht sind die Gesundheitsämter auf Zufallserkenntnisse angewiesen. Zur Meldung verpflichtet ist dabei der behandelnde Arzt sowie jede sonstige mit der Behandlung oder der Pflege des Betroffenen berufsmäßig beschäftigte Person, also auch ein Heilpraktiker. Dem Arzt wird damit die Last abgenommen, von sich aus Ermittlungen über die Ansteckungsquelle anzustellen. Daneben dient die namentliche Meldung statistischen Zwecken. Hierzu ist indessen eine namentliche Meldung nicht erforderlich. Hinzu kommt als gesetzgeberischer Zweck die Informationsvorsorge. Die Gesundheitsbehörde bekommt durch die Meldung einen Überblick über die örtliche epidemiologische Lage. Erst dadurch wird sie in den Stand gesetzt, sachgerecht über den Einsatz seuchenrechtlicher Abwehrmaßnahmen zu entscheiden. Die Meldepflicht erfüllt insoweit also auch eine Anstoßfunktion.

Gegen die Einführung einer Meldepflicht werden sowohl rechtliche Argumente als auch der Gesichtspunkt angeführt, daß durch ein solches Vorgehen das auf freiwilligem Lernen basierende staatliche Präventionsmodell sozialpsychologisch unterminiert werde. Auch tritt man der in der Literatur verschiedentlich vertretenen Ansicht entgegen, daß bei AIDS aus Gründen der gesundheitspolitischen Symmetrie wie bei vergleichbaren oder sogar weniger bedrohlichen Krankheiten eine namentliche Meldepflicht geboten sei. Eine solche Argumentation mißachte nämlich das verfassungsrechtliche Gebot sachgemäßer Differenzierung. Denn die von § 3 BSeuchG erfaßten Krankheiten seien in der Regel behandelbar bzw. heilbar. Folglich seien bei ihnen Eingriffsmaßnahmen eher zumutbar. Demgegenüber fehle es bei AIDS bisher an einer vergleichbaren Behandlungs- bzw. Heilungsmöglichkeit. Ferner wird gegen die Ausdehnung der Meldepflicht vorgebracht, sie sei erfahrungsgemäß ineffektiv. Schon die Diskussion über ihre Einführung habe zu Einbußen bei den Beratungen geführt. Die hohe Mobilität von Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen fördere im Falle von angstbedingten Fluchtreaktionen eher noch die Ansteckungsgefahr und damit die Verbreitung der Krankheit. Dem wird entgegengehalten, daß die namentliche Meldepflicht des BSeuchG nicht der Verbesserung der Heilungschancen, sondern ausschließlich der Verhinderung einer weiteren Ausbreitung der Infektion diene und daß die gemeldeten Daten Geheimnisschutz genießen. Fluchtreaktionen könne entgegengewirkt werden, indem man sorgsam darauf achte, daß die gemeldeteten Daten gerade wegen ihrer besonderen Sensibilität unter striktester Wahrung des verfassungsrechtlichen Zweckbindungsprinzips ausschließlich für seuchenbehördliche und statistische Zwecke verwandt werden. Wünschenswert wäre es allerdings, wenn die namentliche Meldepflicht des BSeuchG ins-

gesamt möglichst rasch den Anforderungen des verfassungsrechtlichen Datenschutzes angepaßt würde.

In anderen europäischen Ländern sowie in einzelnen Staaten der USA gibt es hinsichtlich der Meldepflicht eine große Vielfalt und häufig Veränderungen von Gesetzen und Verwaltungsregeln sowie der tatsächlichen Handhabungen von Meldepflichten. Sie unterscheiden sich danach, ob die HIV-Infizierung, die AIDS-Erkrankung oder AIDS als Todesursache meldepflichtig ist, ob alle Infizierten bzw. Kranken und Betroffenen lediglich aus bestimmten Gruppen einer Meldepflicht unterliegen, ob die Meldungen anonym oder namentlich erfolgen, ob sie gegenüber dem behandelnden Arzt oder den Gesundheitsbehörden abzugeben sind, was aus den Meldungen folgt und mit welchem Nachdruck die Durchsetzung staatlicher Normen betrieben wird (vergl. auch *Zwischenbericht* Kapitel 5). Die Wirksamkeit dieser Regelungen ist in all diesen Ländern bestritten.

6.2.3.3.4 Unlinked testing

Allgemein wird beklagt, daß die vorhandenen epidemiologischen Daten über die Ausbreitung der Infektion und über die Ausbreitungsgeschwindigkeit in der Bevölkerung nicht genügend verläßlich seien. Damit fehle ein wichtiger Indikator für die Planung und Entwicklung der medizinischen Versorgung.

Um dem abzuhelfen, wird die Methode des „Unlinked testing" in Erwägung gezogen. Dabei sollen die bei der Untersuchung von Blut jeweils anfallenden Blutreste anonymisiert und sodann auf HIV getestet werden. Unabdingbare Voraussetzungen dieser Methode sind: Nur überschüssiges Blut darf für den Test verwandt werden, es darf dem Patienten also nicht eigens für diesen Untersuchungszweck mehr Blut abgenommen werden; das für den ursprünglichen Untersuchungszweck abgenommene Blut muß „lege artis" und rechtmäßig gewonnen worden sein; eine De-Anonymisierung muß so erschwert sein, daß man sie als faktisch unmöglich ansehen kann.

Umstritten ist, ob dieses Verfahren einer gesetzlichen Grundlage bedarf. Dies wird unter anderem aus der Überlegung, daß das Restblut ohnehin vernichtet werde und daß es nach seiner Anonymisierung keinen Rückschluß auf eine bestimmte Person mehr zulasse, für nicht geboten erachtet. Das eigentliche Problem des „Unlinked testing" liegt darin, daß man, falls man auf infiziertes Blut stößt, den Betroffenen nicht informieren kann. Dieser zwangsläufige Effekt wird als ethisch problematisch angesehen. Es bleibt somit nur die Alternative, entweder das Verfahren auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen, die die Möglichkeit der Information von Infizierten zuläßt, oder auf die Möglichkeit einer solchen Information zu verzichten. Angesichts der vielen sonstigen Testangebote ließe sich ein solcher Verzicht rechtfertigen.

Der Vorteil des strikt anonymen „Unlinked testing" wird darin gesehen, daß man ohne namentliche Meldepflicht und ohne die Einschaltung des Gesetzgebers zu verläßlicheren epidemiologischen Daten kommen könnte. Dagegen wird allerdings eingewandt, daß angesichts der weitverbreiteten und ausgeprägten Furcht vor Datenmißbrauch ein klare gesetzliche Grundlage die Transparenz erhöhen und Mißtrauen abbauen könne.*)

6.2.3.4 Schutzmaßnahmen

§ 34 Abs. 1 Satz 1 BSeuchG enthält eine Generalklausel für seuchenrechtliche Schutzmaßnahmen, auf die dann zurückzugreifen ist, wenn die speziellen Schutzmaßnahmen nach §§ 36 — 38 BSeuchG nicht in Betracht kommen. Auf die Generalklausel kann etwa eine Aufklärung des Betroffenen wider dessen Willen, aber auch das Gebot gestützt werden, nur „Safer sex" zu praktizieren, den Partner über die Infektiosität zu informieren, das „Needle sharing" zu unterlassen, kein Blut zu spenden usw. Derartige Anordnungen lassen sich speziell auf die Lebenssituation des Betroffenen zuschneiden und können mit einem entsprechenden Beratungsangebot flankiert werden. Zuwiderhandlungen gegen solche Auflagen können als Ordnungswidrigkeiten mit Geldbuße geahndet werden, § 69 Abs. 1 Nr. 4 BSeuchG.

Solche Gebote, verbunden mit dem Hinweis auf die Rechtsfolgen im Falle einer Zuwiderhandlung, reichen in der Vielzahl der Fälle aus, so daß die Anwendung des Seuchenrechts sich hierauf beschränkt. Das ist nur dann anders, wenn das Gesundheitsamt auf Grund konkreter Umstände des Einzelfalles den Eindruck gewinnt, der Betroffene verfüge nicht über die erforderliche Einsichtsfähigkeit oder werde sich aus anderen Gründen nicht an die Anweisungen halten. In solchen Fällen müssen weitergehende Schutzmaßnahmen in Betracht gezogen werden wie etwa die Warnung gefährdeter Kontaktpersonen.

6.2.3.4.1 Gesundheitszeugnisse (Testbescheinigungen), insbesondere für männliche und weibliche Prostituierte

Die Aushändigung von Bescheinigungen mit dem Testergebnis an Personen, die sich freiwillig haben testen lassen oder zwangsweise getestet worden sind, kann aus Präventionsgründen bedenklich sein, wenn damit gerechnet werden muß, daß die Bescheinigungen als „Unbedenklichkeitszertifikate" mißbraucht werden. Im Freistaat Bayern hat man dazu folgende Regelung getroffen: „Ansteckungsverdächtigen, die Prostitution ausüben, ... ist nach § 34 BSeuchG zu untersagen, mit der ärztlichen Untersuchungsbescheinung zu werben, insbesondere durch Aushang in den Räumen, in denen die Prostitution ausgeübt wird".

In der rechtlichen Diskussion wird ein solches Werbeverbot zwar für durchaus sinnvoll gehalten, aber gleichwohl die Effektivität angezweifelt, weil seine Durchsetzung ein umfangreiches Kontroll- und Überwachungssystem erfordere.

---

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 366

6.2.3.4.2 Auflagen für Prostituierte und/oder Freier, beim Geschlechtsverkehr Kondome zu benutzen

Während die Anordnung, beim Geschlechtsverkehr Kondome zu benutzen, für männliche und weibliche Prostituierte nach § 34 Abs. 1 BSeuchG allgemein als zulässig erachtet wird, ist umstritten, ob solche Auflagen auch für Freier zulässig sind. Diese Frage stellt sich vor allem bei unbelehrbaren Freiern, die beim Geschlechtsverkehr kein Kondom benutzen wollen und dafür dem männlichen oder der weiblichen Prostituierten ein erhöhtes Entgelt anbieten. Nach einer Ansicht sind diese Freier allen anderen Personen gleichzustellen, die sich durch ihr Verhalten als ansteckungsverdächtig erweisen. Insoweit wäre also kein Unterschied zwischen der Gruppe der Prostituierten und der Gruppe der Freier zu machen. Dem wird in der Rechtswissenschaft gelegentlich entgegengehalten, daß der Freier nach den Vorstellungen des allgemeinen Sicherheitsrechts als Nichtstörer anzusehen sei und daher nicht ohne weiteres in Anspruch genommen werden dürfe. Die Kommission teil diesen Standpunkt nicht. Zudem läßt aber das Seuchenrecht in diesem Punkt mehr zu als das allgemeine Sicherheitsrecht, wie sich aus dem Wortlaut des § 34 BSeuchG ergibt. Allerdings scheiden solche Anordnungen gegenüber Freiern vielfach aus praktischen Gründen aus. Wie soll nämlich ohne massiven Kontrollaufwand festgestellt werden können, wer Freier oder gar unbelehrbarer Freier ist? Es kämen daher wohl nur öffentlich bekanntgemachte Allgemeinverfügungen in besonderen Fällen in Betracht. Aus diesem Grund liegt es wohl näher, ein für alle Freier geltendes Gebot zu erwägen. Nach dem derzeit geltenden Recht könnten die Landesregierungen auf der Grundlage des § 38a BSeuchG eine Verordnung dieses Inhalts erlassen.

Gesicherte Erkenntnisse darüber, ob die Auflage, ein Kondom zu benutzen, männlichen bzw. weiblichen Prostituierten hilft, dem Druck der Freier und Zuhälter besser widerstehen zu können, liegen bisher nicht vor. Deshalb werden in der Diskussion Maßnahmen favorisiert, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der weiblichen bzw. der männlichen Prostituierten stärken, wie z. B. die Förderung von Selbsthilfe- und Emanzipationsgruppen (vgl. auch den 9. Unterabschnitt dieses Kapitels **Prostitution und AIDS).**

6.2.3.4.3 Beobachtung

Gemäß § 36 Abs. 1 BSeuchG kann der Betroffene einer Beobachtung unterworfen werden, z. B. kann Prostituierten oder Freiern aufgegeben werden, sich in bestimmten Zeiträumen einem Test zu unterziehen. Denkbar ist zudem eine Maßnahme, die Infizierten aufgibt, Arbeitsplatz- und Wohnungswechsel (§ 36 Abs. 2 Satz 3 BSeuchG) anzuzeigen. Durch die Mitteilung eines Wohnungswechsels kann z. B. die Überwachung eines Tätigkeitsverbots erleichtert werden.

6.2.3.4.4 Tätigkeitsverbote

§ 38 BSeuchG ermöglicht es, eine berufliche Tätigkeit ganz oder teilweise zu untersagen, wenn von ihr die Gefahr einer Infektion ausgeht. Mit der beruflichen Tätigkeit von HIV-Infizierten ist jedoch in der Regel keine Ansteckungsgefahr verbunden, sofern die erforderlichen hygienischen Schutzmaßnahmen beachtet werden. Deshalb sind bisher nur gegen Prostituierte Tätigkeitsverbote erlassen worden.

Umstritten ist, ob eine Tätigkeitsverbot gegenüber HIV-infizierten Prostituierten auf die Vorschrift des § 38 BSeuchG oder nur auf die Generalklausel des § 34 BSeuchG gestützt werden kann. Gegen die Anwendbarkeit des § 38 BSeuchG wird eingewandt, die Vorschrift sei nur auf anerkannte Berufe im Sinne des Artikel 12 Abs. 1 GG und damit nicht auf die Prostitution anwendbar. Vor allem könne die Gelegenheitsprostitution einer kontinuierlichen beruflichen Tätigkeit nicht gleichgestellt werden.

Dieser Streit hat praktische Bedeutung, weil die Rechtsfolgen verschieden sind. Wird das Verbot auf § 38 BSeuchG gestützt, ist ein Verstoß gegen ein angeordnetes Tätigkeitsverbot gemäß § 64 Abs. 2 Nr. 5 BSeuchG eine Straftat, während eine Zuwiderhandlung gegen ein auf § 34 BSeuchG gestütztes Verbot lediglich eine Ordnungswidrigkeit darstellt, § 69 Abs. 1 Nr. 4 BSeuchG, also nur mit Bußgeld geahndet wird. Im Falle der Prostitution würde sich daher eine mildere Rechtsfolge ergeben. Dies ist aber mit dem Nachteil verbunden, daß für den Verdienstausfall keinerlei Ausgleich nach §§ 49ff. BSeuchG geleistet wird, was die Befolgung des Tätigkeitsverbots für die Betroffenen erheblich erschwert. Diese Konsequenzen werden als unbefriedigend empfunden, zumal sich eine Entwicklung anbahnt, die der berufsmäßig ausgeübten Prostitution den Grundrechtsschutz des Artikel 12 GG nicht mehr von vorneherein verweigert.

6.2.3.4.5 Absonderung

Die Absonderung steht, da sie die einschneidendste seuchenrechtliche Maßnahme bildet, zwar häufig im Mittelpunkt der rechtlichen Diskussion, hat aber neben den anderen seuchenrechtlichen Maßnahmen (Ermittlung, Aufklärung, Erlaß von Verhaltensgeboten und -verboten) keine praktische Bedeutung erlangt. Dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechend hält der Gesetzgeber eine Abstufung bereit: Er unterscheidet zwischen der von dem Betroffenen freiwillig befolgten Absonderung nach § 37 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG und der mittels Zwang durchgeführten Absonderung in einer abgeschlossenen Einrichtung gemäß § 37 Abs. 2 BSeuchG.

Das Seuchenrecht sieht in der Absonderung keine allgemeine präventive Maßnahme, sondern allenfalls einen letzten Ausweg. Deshalb wird eine Absonderung, die im übrigen durch ein Gericht bestätigt werden muß, nur in den Fällen erwogen, in denen sich HIV-Infizierte nachhaltig weigern, die durch Behörden angeordneten Schutzmaßnahmen zu befolgen, etwa indem sie mit wechselnden Partnern ohne entspre-

chende Schutzvorkehrungen sexuell verkehren. In der Praxis dürften Absonderungen am ehesten gegenüber drogensüchtigen Prostituierten in Betracht kommen; im Freistaat Bayern wurde bisher eine Absonderung verfügt, und zwar gegen eine infizierte Prostituierte, die sich durch seuchenrechtliche Anordnungen nicht davon abhalten ließ, weiterhin der Prostitution nachzugehen.

Ein Teil der Kommission sieht Absonderungen in solchen Fällen als zulässig an. Dafür spricht nach ihrer Auffassung auch, daß eine permanente Nichtbeachtung behördlich angeordneter Schutzmaßnahmen nicht nur gemäß § 63 Abs. 1 BSeuchG strafbewehrt ist, sondern zusätzlich den Straftatbestand der versuchten gefährlichen Körperverletzung erfüllt. Unter dem strafrechtlichen Aspekt seien also auch außerhalb des § 37 BSeuchG Freiheitsbeschränkungen zulässig.

Der andere Teil der Kommission gibt zu bedenken, daß man bei der Schaffung des § 37 BSeuchG nur an die kurzfristige Absonderung von Personen gedacht habe, die ohnehin schwer krank sind. Die Absonderung von drogenabhängigen HIV-infizierten Prostituierten und Strichern müsse aber zwangsläufig für lange Zeit erfolgen. Dafür fehlten in § 37 BSeuchG die vom Verfassungsrecht geforderten Konkretisierungen. Ein solch schwerwiegender Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Person sei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur zulässig, wenn die Voraussetzungen und das Ausmaß des Eingriffs im Gesetz selbst klar umschrieben seien. Nach der Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts sei „der Gesetzgeber verpflichtet ..., — losgelöst vom Merkmal des 'Eingriffs' — in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, ... alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen " (BVerfGE 49, 89, 126). Dem genüge § 37 BSeuchG für die hier interessierenden Fällen nicht. So fehle in § 37 BSeuchG eine klare Beschreibung der Zielgruppe und der Voraussetzungen der Absonderung. Man gehe allgemein davon aus, daß eine Absonderung nur bei solchen Prostituierten und Strichern in Betracht komme, die einem Prostitutionsverbot nicht nachgekommen oder trotz eindringlicher Belehrung weiter der Prostitution nachgegangen seien. Ob und wann diese Voraussetzungen erfüllt seien, dürfe aber bei einem so schwerwiegenden Eingriff nicht dem Ermessen der Verwaltungsbehörden bzw. des bestätigenden Gerichts überlassen bleiben. Vielmehr müsse der Gesetzgeber selbst regeln, ob und inwieweit die Absonderung in diesen Fällen von einer vorherigen Androhung abhängig sein solle, welchen Inhalt und welche Form die Androhung haben müsse und welche Formen der Zuwiderhandlung (nur Prostitutionsausübung ohne Kondom oder auch schon Prostitutionsausübung mit Kondom) zur Absonderung berechtigten. Des weiteren fehlten im Gesetz klare Regelungen über die Dauer der Absonderung, die Überprüfungsmodalitäten und -fristen sowie die Voraussetzungen einer Aussetzung der Absonderung zur Bewährung. Bisher ergäbe sich aus der Verweisung in § 37 Abs. 2 BSeuchG auf das Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen nur, daß die Absonderung zunächst auf höchstens ein Jahr befristet werden müsse. Was aber solle geschehen, wenn der Abgesonderte mit Unterstützung seines Anwalts alsbald beteuere, daß er nun einsichtig geworden sei? Da solche Personen in den psychiatrischen Kliniken nicht gerade beliebt seien, sei damit zu rechnen, daß die Ärzte dazu neigen werden, der behaupteten Ernsthaftigkeit dieses Vorbringens nicht entgegenzutreten. Auch werde sich bei dem Personenkreis, der für eine Absonderung in Betracht komme, beim Vollzug der Absonderung die Anwendung von unmittelbaren Zwang und von unterschiedlichsten Zwangsmaßnahmen (Fesselung usw.) nicht vermeiden lassen. Außerdem müsse geklärt werden, ob und inwieweit diese Personen ein Recht auf entlohnte Arbeit haben, wer für den Unterhalt ihrer Angehörigen aufkommen muß, in welchem Umfang ihr Briefverkehr und Besuche eingeschränkt werden dürfen und von welchen Voraussetzungen Vollzugslockerungen wie Urlaub und Freigang abhängig sind. Dafür seien die Regelungen in § 37 Abs. 3 und 4 BSeuchG nicht ausreichend. Vielmehr müsse die Rechtsstellung der meist für längere Zeit Abgesonderten durch ein Vollzugsgesetz genau geregelt werden. Wenn man gegen HIV-infizierte Prostituierte und Stricher zunächst „Berufsverbote" nach § 38 BSeuchG verhänge und ihnen zugleich nach §§ 49ff. BSeuchG eine angemessene Entschädigung zahle sowie sonstige Ausstiegshilfen einschließlich Drogenersatzmitteln anbiete, sei damit zu rechnen, daß nur wenige Betroffene übrigbleiben, die die Berufsverbote gleichwohl nicht befolgen. Gegen diesen Personenkreis könne dann aber unschwer auch mit strafrechtlichen Mitteln eingeschritten werden, nämlich wegen Nichtbefolgung der Berufsverbote und/oder wegen versuchter gefährlicher Körperverletzung. So hätte auch der erwähnte bayerische „Fall" angemessen gelöst werden können. Das gelte im übrigen auch für alle anderen Fälle, da die Absonderung als besonders einschneidende Maßnahme nur bei nachhaltig Uneinsichtigen in Betracht komme, die nachweisbar gegen ein Berufsverbot verstoßen oder andere durch ungeschützten Geschlechtsverkehr gefährdet haben. Dann aber könne gegen diese Personen auch mit strafrechtlichen Mitteln vorgegangen werden. Das gelte selbst bei Schuldunfähigen. Bei solchen Personen könne der Strafrichter gemäß § 63 StGB auf Unterbringung erkennen. In der Zeit bis zum rechtskräftigen Urteil könne ein Haft- oder Unterbringungsbefehl erlassen werden. Das Straf- und Strafprozeßrecht biete somit den Behörden ausreichende und rechtsstaatlich einwandfreie Möglichkeiten, nachhaltig Uneinsichtige auf längere Zeit „abzusondern".

Der Teil, der eine Absonderung für zulässig erachtet, ist der Meinung, das BSeuchG lasse als Auffanggesetz unter entsprechenden Umständen auch eine Absonderung von HIV-Infizierten zu. Selbst bei weitester Ausdehnung der Strafbarkeit ergäben sich z. B. bei Schuldunfähigkeit sowie in der Zeit bis zur rechtskräftigen Verurteilung Schutzlücken, die sich nur durch präventive Maßnahmen (im äußersten Fall durch Absonderung) nach dem BSeuchG schließen ließen. Die vom Verfassungsrecht geforderten Konkretisierungen ergäben sich zu einem wesentlichen Teil aus dem Freiheitsentziehungsgesetz, auf das § 37 BSeuchG verweise. Danach sei z. B. die Freiheitsentziehung zunächst auf ein Jahr beschränkt und

bedürfe stets einer richterlichen Entscheidung. Schon deshalb müsse die Absonderung nach geltendem Recht so gestaltet werden, daß sie den Betroffenen nach Möglichkeit zu einem „aids-bewußten" Verhalten hinführt, das die Absonderung dann überflüssig macht. Außerdem gehöre die Anwendung unbestimmter Rechtsbegriffe und die Ausübung des Ermessens auch in besonders empfindlichen, grundrechtsgeschützten Bereichen zur alltäglichen Praxis sowohl der Verwaltung wie der Rechtsprechung. Dabei seien stets auch die Grundsätze des Übermaßverbots (Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit) zu beachten. Die Handhabung des § 37 BSeuchG bilde insoweit keinerlei Besonderheit. Es dürfe im übrigen nicht unterstellt werden, daß von einer Absonderung Betroffene auf Dauer unbelehrbar bleiben. Nur unter dieser Voraussetzung lasse sich die Annahme halten, daß jede Absonderung eine Maßnahme von langer Dauer sei.

6.2.4 Verwaltungsvorschriften zum Vollzug des BSeuchG

Um eine einheitlichere Anwendung des BSeuchG in den Ländern zu erreichen, vor allem um die Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe dieses Gesetzes sowie die Handhabung des gesundheitsbehördlichen Ermessens zu steuern, könnte die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates nach Artikel 84 Abs. 2 GG allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen. Derartige Vorschriften könnten zwar für den Betroffenen keine zusätzlichen Pflichten und auch keine Rechte begründen, für die Verwaltungspraxis würden sie aber eine wichtige Orientierungsfunktion erfüllen.

6.2.5 Anwendbarkeit des Gesetzes zu Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlG) auf AIDS

Das GeschlG ist eine spezielle seuchenrechtliche Regelung. Sie bezieht sich ausschließlich auf die in § 1 dieses Gesetzes genannten Seuchen (Syphilis, Tripper, weicher Schanker, venerische Lymphknotenentzündung).

6.2.5.1 Ziele des GeschlG

Im Gegensatz zum BSeuchG zählt nach dem GeschlG auch die Heilung der Kranken und der dadurch bewirkte Schutz der Gesunden zu den Aufgaben der Gesundheitsämter, § 2 Abs. 1 und Abs.2 GeschlG.

Daneben nennt das Gesetz Verhütung, Feststellung und Erkennung der Erkrankung sowie vorbeugende und nachgehende Gesundheitsfürsorge als seine Ziele. Nach § 9 GeschlG ist die Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten und ihre Behandlung den Ärzten vorbehalten. Dem Arzt sind dafür spezielle Pflichten aufgegeben. So muß er den Erkrankten über dessen Pflichten und die Folgen ihrer Nichterfüllung unterrichten und jeden Fall einer ansteckungsfähigen Krankheit an das Gesundheitsamt melden, allerdings nicht namentlich. Außerdem ist er verpflichtet, in zumutbarem Rahmen Nachforschungen über die mutmaßliche Anstekungsquelle anzustellen. In einer Reihe von Fällen, z. B. wenn eine konkrete Übertragungsgefahr besteht oder wenn der Kranke offensichtlich falsche Angaben über die Ansteckungsquelle oder die durch ihn gefährdeten Personen macht, ist der Arzt zur namentlichen Meldung des Erkrankten verpflichtet.

6.2.5.2 Vergleich mit dem Regelungskonzept des BSeuchG

Die Ziele des GeschlG und ihre Umsetzung unterscheiden sich zum Teil deutlich von der Art und Weise, in der das BSeuchG die Seuchenbekämpfung regelt. Typisch für das GeschlG ist, daß es im Gegensatz zum BSeuchG eindeutig bestimmte Ermächtigungen enthält, also auf Generalklauseln weitgehend verzichtet. Dies ist eine Folge dessen, daß das Gesetz auf klar umrissene Gefährdungslagen zugeschnitten ist und, anders als das BSeuchG, keine Auffangfunktion zu erfüllen hat. Die Spezialität verbürgt somit ein höheres Maß an Rechtssicherheit, an Rechtsgleichheit bei der Rechtsanwendung und insgesamt an Rechtsstaatlichkeit.

6.2.5.3 Aufnahme der HIV-Infektion in das GeschlG

Es wird die Auffassung vertreten, daß HIV in das GeschlG aufgenommen werden sollte, um sich der genannten Vorteile auch bei der seuchenrechtlichen Bekämpfung von AIDS zu versichern. Im Gegensatz zu der namentlichen Meldepflicht nach dem BSeuchG biete sich nach dem GeschlG die Möglichkeit einer gestuften Meldung. Auch seien wesentliche Präventionsaufgaben in die Hand der Ärzte gelegt. Dagegen wird allerdings eingewandt, daß die Regelungen des GeschlG von der Voraussetzung ausgingen, daß die in § 1 aufgezählten Krankheiten heilbar seien. Somit habe die namentliche Meldepflicht hier einen guten Grund, nämlich die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen notfalls zwangsweise durchzuführen. Damit wird jedoch, wie die Gegenmeinung betont, zu einseitig nur auf einen Zweck des GeschlG abgestellt und verkannt, daß es dem GeschlG ebenso wesentlich darauf ankommt, eine Ausbreitung der bezeichneten Krankheiten zu verhüten. Einzuräumen ist freilich, daß sich manche Vorschrift des GeschlG für die AIDS-Prävention nicht eignet bzw. im Falle der HIV-Infektion nicht oder mindestens nicht unbesehen angewendet werden darf. Deshalb wäre eine Regelung, die etwa nur den Katalog des § 1 GeschlG um die HIV-Infektion erweiterte, nicht hilfreich.

6.2.6 Datenschutzrechtliche Fragen beim Vollzug des BSeuchG

6.2.6.1 Notwendigkeit eines bereichsspezifischen Datenschutzes

Die Anwendung der §§ 31, 34, 36, 37, 38 BSeuchG auf HIV und AIDS führt dazu, daß personenbezogene Daten, die mindestens teilweise hochsensibel sind, erho-

ben und verarbeitet werden müssen. Soweit die Gesundheitsämter Hinweisen über Ansteckungsverdächtige nachgehen und sich die Betroffenen einem HIV-Antikörpertest unterziehen, aber auch durch die Testergebnisse selbst, ergeben sich Daten, die in besonderem Maße schutzbedürftig sind.

Das Seuchenrecht trägt den datenschutzrechtlichen Anforderungen — vor allem dem verfassungsrechtlichen Gebot bereichspezifischer Sicherungen und hinlänglich klarer Zweckbindung bei der Datenverarbeitung — noch nicht Rechnung. Nicht in allen Ländern der Bundesrepublik wird dieser Mangel durch landesrechtliche Vorschriften vergleichbar dem Bayerischen Gesetz über das Gesundheitswesen ausgeglichen. Dieser Zustand kann verfassungsrechtlich nur noch für eine Übergangszeit hingenommen werden und deren Ende beginnt sich aufzudrängen.

6.2.6.2 HIV-Infektionen und polizeiliche Datenverarbeitung

Im polizeilichen Informationssystem INPOL sowie in der Datei „Kriminalaktennachweis" wird für HIV-Infizierte, die bereits in kriminalpolizeilichen Sammlungen gespeichert sind oder nach denen gefahndet wird, der personengebundene Hinweis „ANST" (Ansteckungsgefahr) mit dem Zusatz „Vorsicht, Blutkontakte" vergeben. Grundlage für diese Speicherung ist der Beschluß der Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Landeskriminalämter und des Bundeskriminalamtes, wonach bei Personen, die in Verdacht stehen bzw. bei denen es erwiesen ist, daß sie HIV übertragen können, zu Eigensicherungszwecken für Polizeibeamte auf diese Gefahr hinzuweisen ist. Die ständige Konferenz der Innenminister/-senatoren der Länder, die in der Sitzung vom 6. Oktober 1988 die Kriterien für das bundesweite Speicherungssystem von personengebundenen Hinweisen INPOL festgelegt hat, stellt die Beteiligung an dieser Speicherung in das Ermessen von Bund und Ländern. Bremen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen haben sich gegen eine Zuspeicherung entschieden. Hamburg knüpft die Aufnahme des Hinweises an das Kriterium „gewalttätig".

Nach einer Auskunft des Bundeskriminalamtes ist bundesweit bei 479 Personen (Stand: 02. April 1990) ein entsprechender Hinweis gespeichert. Die Innenministerkonferenz vertritt die Auffassung, daß aus Gründen der Fürsorge für Polizeibeamte, die mit Infizierten in Kontakt kommen können, in bestimmten Fällen eine Speicherung der Infizierung erfolgen muß.

Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder haben zu dieser Frage am 7. Dezember 1987 — gegen die Stimme des bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz — folgenden Beschluß gefaßt:

„I. Die Speicherung von HIV-Hinweisen soll die Eigensicherung von Polizeibeamten und evtl. auch den Schutz von Personen in Polizeigewahrsam gewährleisten, die mit HIV-Infizierten in Kontakt kommen. Die Datenschutzbeauftragten verkennen nicht, daß Polizeibeamte bei der Berufsausübung spezifischen Gefahren ausgesetzt sind und die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden müssen. Insbesondere ein direkter Blutkontakt oder eine Verletzung mit infizierten Injektionskanülen bei Kontakten mit Drogenabhängigen stellen eine solche spezifische Gefährdung dar. Dem Anspruch der Polizeibeamten auf einen weitestgehenden Schutz vor einer Infektion, die zu einer tödlichen Erkrankung führen kann, steht der Anspruch der Betroffenen gegenüber, daß Datenspeicherungen nur dann vorgenommen werden, wenn diese geeignet sind, die Gefährdung wirksam zu verringern, und sie dadurch nicht unverhältnismäßig belastet werden. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, daß eine automatisierte Speicherung von medizinischen Daten eine schwerwiegende Beeinträchtigung für die Betroffenen darstellt. Ebenso sind auch die gravierenden sozialen Folgen für diesen Personenkreis zu bedenken, wenn die gespeicherten Daten an Dritte gelangen.

II. Sowohl medizinische Experten als auch Fachleute aus dem Sicherheitsbereich und dem Gesundheitswesen haben wiederholt Zweifel daran geäußert, daß durch die Speicherung von Informationen über HIV-Infizierte in polizeilichen Informationssystemen die Gefährdung von Polizeibeamten abgewendet werden kann. Hierfür werden folgende Gründe vorgebracht:

In vielen Situationen, wie z. B. bei der Hilfeleistung für verletzte Unfallopfer, der Festnahme unbekannter Personen oder auch der plötzlichen Konfrontation mit Straftätern oder Störern sei eine vorherige Überprüfung vorhandener Dateibestände ohnehin nicht möglich. Hinzu komme, daß der Polizei immer nur ein sehr geringer Teil der Infizierten bekannt sein werde, so daß die Polizei in jedem Fall und auch ohne besondere Hinweise Schutzmaßnahmen treffen müsse.

Angesichts dieser Zweifel, die von den Datenschutzbeauftragten geteilt werden, kann die Speicherung — wenn überhaupt — nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen hingenommen werden. Möglich erscheint dies allenfalls für Situationen, in denen es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu gewaltsamen Auseinandersetzungen mit infizierten Personen kommt. Keinesfalls darf eine "AIDS-Datei„ entstehen. Im übrigen wäre dabei mindestens folgendes zu beachten:

1. Die Speicherung von HIV-Hinweisen im Datenfeld der "personengebundenen Hinweise„ im bundesweiten INPOL-System und in vergleichbaren Landessytemen muß eingestellt werden, da diese Hinweise bei sämtlichen Abfragen erscheinen.

2. HIV-Hinweise dürfen allenfalls in solche Dateien aufgenommen werden, in denen sie als Grundlage für die Eigensicherung bei polizeilichem Einschreiten tatsächlich in Betracht kommen.

3. Die Speicherung von HIV-Hinweisen aufgrund von Verdächtigungen und ungeprüften Informationen verbietet sich in jedem Fall. Kommt die Information vom Betroffenen selbst, müßte dieser über die Tatsache und die Bedeutung der Speicherung aufgeklärt werden. Im übrigen kommt nur die Speicherung von ärztlich gesicherten Informationen in Betracht, die die Polizei rechtmäßig erlangt hat.

4. Auf die gespeicherten Daten darf nur ein besonders dazu befugter Benutzerkreis zugreifen, und dies nur zu Zwecken der Eigensicherung. Die Weitergabe an andere Stellen ist nur in besonders festzulegenden Fällen zulässig.

5. Es muß in jedem Fall erkennbar sein, wer wann den HIVHinweis in das System eingespeichert hat und hierfür verantwortlich ist, da nur so die Speicherungspraxis überprüft werden kann und notwendige Berichtigungen ermöglicht werden."

6.2.7 AIDS-Bekämpfung, Behandlungspflicht und Arztvorbehalt

Nach geltendem Recht besteht für den Betroffenen im Falle einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung keine gesetzliche Behandlungspflicht. Dies folgt aus § 34 Abs. 1 Satz 3 BSeuchG, wonach eine Heilbehandlung nicht angeordnet werden darf. Behandlungspflichten sind unserer Rechtsordnung, wie sich aus § 3 GeschlG ergibt, jedoch nicht völlig fremd.

Wer sich infiziert wähnt oder wer weiß, daß er infiziert oder bereits erkrankt ist, kann daher selbst entscheiden, ob er sich behandeln lassen will. Diese Selbstbestimmung folgt letztlich aus der allgemeinen Handlungsfreiheit des Artikel 2 Abs. 1 GG, einer Freiheit, die allerdings durch Gesetz oder aufgrund Gesetzes eingeschränkt werden kann.

Hiervon ist die Frage zu trennen, ob von Rechts wegen für AIDS ein Arztvorbehalt besteht. Obwohl das BSeuchG keine Behandlungspflicht kennt, begründet es in § 30 einen solchen Vorbehalt. Danach dürfen Personen, die an bestimmten übertragbaren, nämlich den sogenannten meldepflichtigen Krankheiten leiden, nur von Ärzten bzw. von Zahnärzten behandelt werden. Diese Regelung hat eine doppelte Funktion. Sie verbietet Heilpraktikern die Ausübung der Heilkunde bei den genannten Krankheiten, und sie nimmt dem Patienten die Möglichkeit, sich für eine Behandlung durch den Heilpraktiker zu entscheiden. Der Arztvorbehalt des § 30 BSeuchG beschränkt damit einmal die Berufsfreiheit des Heilpraktikers, Artikel 12 Abs. 1 GG, zum anderen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Artikel 2 Abs. 1 GG. Derartige Freiheitsbeschränkungen sind nur zulässig, wenn sie sich auf ein vernünftigen Gesichtspunkt des Gemeinwohls zurückführen lassen und sich zudem im Rahmen des verfassungsrechtlichen Übermaßverbotes halten.

Ob der seuchenrechtliche Arztvorbehalt auch die Ausübung der Heilkunde im Zusammenhang der HIV-Infektion bzw. der AIDS-Erkrankung umfaßt, ist umstritten. Da die HIV-Infektion nach geltendem Recht nicht zu den meldepflichtigen Krankheiten nach §§ 3, 8 oder 45 BSeuchG zählt, kommt als Grundlage für einen Arztvorbehalt nur § 30 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG in Betracht. Diese Vorschrift würde dann greifen, wenn man die aufgrund des § 7 BSeuchG begründete anonyme Laborberichtspflicht als Meldepflicht im Sinne des § 30 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG ansehen würde. Zu dieser Frage werden verschiedene Meinungen vertreten. Nach der einen setzt der Arztvorbehalt nach § 30 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG eine namentliche Meldepflicht voraus. Nach der anderen soll jede auf § 7 BSeuchG gestützte Meldepflicht dazu ausreichen. Die zweite Ansicht erfährt allerdings noch insoweit eine Einschränkung, als man Meldepflichten ausnimmt, die in § 7 BSeuchG keine ausreichende Rechtsgrundlage haben; in dieser Hinsicht werden an der anonymen Laborberichtspflicht gelegentlich Zweifel geäußert.

Welche der beiden entgegengesetzten Ansichten zutreffend ist, hängt letztlich von der Beurteilung der Zielsetzung des § 30 BSeuchG ab. Auch hierzu werden unterschiedliche Ansichten vertreten. Einmal soll § 30 BSeuchG die Weitergabe übertragbarer Krankheiten durch behandelnde Personen verhindern, zum anderen soll die Vorschrift sicherstellen, daß bei übertragbaren Krankheiten die Vorschriften des Seuchenrechts, vor allem die Regelung über die namentliche Meldepflicht beachtet werden. Nach einer dritten Auffassung hat die Vorschrift die Funktion, übertragbare Krankheiten, an deren Verhütung und Bekämpfung ein besonderes, eben durch die Anordnung einer Meldepflicht bekundetes öffentliches Interesse besteht, dem Arztvorbehalt zu unterwerfen.

Gegen den Arztvorbehalt bei der Behandlung der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung wird vor allem eingewandt, es handele sich um eine letztlich grundlose Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts des Betroffenen und der Berufsfreiheit der Heilpraktiker, weil weder die HIV-Infektion noch die AIDS-Erkrankung heilbar seien und weil man sich daher vom Arztvorbehalt auch keine präventive Wirkung versprechen könne. Außerdem sei der Arztvorbehalt sogar schädlich, weil er den Betroffenen, die sich nicht zu einer ärztlichen Behandlung entschließen können, den Weg zum Heilpraktiker versperre.

Dem wird entgegengehalten, daß nicht nur die ärztliche Heilbehandlung, sondern auch die ärztliche Betreuung von Infizierten und Erkrankten präventiv wirke, vor allem, indem sie den HIV-Infizierten vor der Infektion mit anderen übertragbaren Krankheiten zu bewahren suche, aber auch indem sie der Infektion Dritter durch übertragbare Krankheiten, die sich ein HIV-Infizierter zugezogen hat, vorbeuge.

Die Kommission hat die für den Vollzug des BSeuchG zuständigen Obersten Behörden des Bundes und der Länder um Information zur Handhabung und zur Einschätzung des Arztvorbehalts nach § 30 Abs. 1 BSeuchG befragt. Dabei hat sich ergeben, daß man der Ansicht ist, die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung werde aus den oben genannten Gründen von dem Arztvorbehalt des § 30 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG nicht erfaßt; nur das Bayerische Staatsministerium des Innern steht auf einem gegenteiligen Standpunkt.

II. Auswertungen

6.2.8.1 Allgemein zum Einsatz des Seuchenrechts

Die Kommission stimmt darin überein, daß der entscheidende Beitrag zur Bekämpfung von AIDS durch ein breites Aufklärungs- und Beratungskonzept zu leisten ist, jedoch auf den Einsatz seuchenrechtlicher Eingriffsmaßnahmen im Einzelfall nicht verzichtet werden kann. Einigkeit besteht auch darin, daß sich die gesetzlichen Vorgaben für die Verhütung und Bekämpfung von AIDS durch die Gesundheitsbehörden bereits aus dem BSeuchG ergeben, und zwar sowohl für das Mittel der Aufklärung und Beratung wie für Eingriffsmaßnahmen im Einzelfall.

Divergenzen bestehen aber hinsichtlich der Frage, in welchem Ausmaß seuchenrechtliche Eingriffsmaßnahmen getroffen werden dürfen bzw. müssen und wie gegebenenfalls diese Mittel mit dem Aufklärungs- und Beratungskonzept abzustimmen sind.

Der eine Teil der Kommission betont, daß das BSeuchG die Gesundheitsbehörden nicht auf den Einsatz seuchenpolizeilicher Mittel beschränke. Das Gesetz messe auch der Aufklärung und Beratung große Bedeutung bei. Deshalb sei die Frage, ob und inwieweit die Gesundheitsbehörden zum Einsatz seuchenpolizeilicher Maßnahmen gegen einzelne Menschen oder wie auch immer definierte Gruppen verpflichtet seien, in hohem Maß davon abhängig, welches Handlungsprogramm bzw. welche Strategie Regierung und Parlament aus plausiblen Effektivitätsüberlegungen zur Verhütung und zur Bekämpfung von AIDS gewählt hätten. In der Bundesrepublik sei die politische Entscheidung — wie in den meisten Ländern und in Übereinstimmung mit der WHO — zugunsten einer gesamtgesellschaftlichen und zielgruppenspezifischen Lernstrategie getroffen worden. Maßnahmen aus anderen Handlungsprogrammen, so z. B. eine auf individuelle Infektionsquellen zielenden Suchstrategie, müßten demnach nicht nur im Hinblick auf ihre selbstgesetzten Ziele, sondern auch hinsichtlich der möglicherweise von ihnen ausgehenden störenden Wirkungen auf die Effektivität der Lernstrategie geprüft werden. Freilich setze die Wahl einer Strategie bestehende Gesetze nicht außer Kraft, es entstehe also kein rechtsfreier Raum. Ob und inwieweit die Gesundheitsbehörden in diesem Rahmen zu Ermittlungs- und Schutzmaßnahmen gegen einzelne berechtigt und gegebenenfalls sogar verpflichtet seien, bedürfe höchstrichterlicher Klärung, die bis heute noch ausstehe. In der Rechtswissenschaft würden hierzu sehr unterschiedliche Meinungen vertreten. Die weitere Entwicklung müsse deshalb daraufhin beobachtet werden, ob klarstellende gesetzliche Regelungen oder zumindest einheitliche Verwaltungsvorschriften geboten seien. Der andere Teil der Kommission ist der Ansicht, das BSeuchG enthalte die wesentlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen für die Bekämpfung der HIV-Infektion im Einzelfall. An diese normativen Vorgaben seien die Gesundheitsbehörden gebunden, solange der Gesetzgeber keine HIV-spezifische Regelungen treffe. Obwohl das BSeuchG als Auffanggesetz eine Reihe unbestimmter Rechtsbegriffe benutze, sei es für die Gesundheitsbehörden ohne weiteres anwendbar; einer höchstrichterlichen Klärung der Gesetzesanwendung auf die HIV-Infektion bedürfe es nicht. Ein weitgehender Verzicht der Gesundheitsverwaltung auf ein seuchenrechtliches Vorgehen sei rechtswidrig. Der durch die Verfassung und durch das geltende Seuchenrecht vorgegebene Zielkonflikt zwischen größtmöglicher Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen und wirksamster Vermeidung weiterer Infektionen müsse von den Gesundheitsbehörden im Einzelfall auf der Grundlage und im Rahmen des BSeuchG und unter Beachtung des Übermaßverbotes entschieden werden. Deshalb hätten die Gesundheitsbehörden, wo immer dies möglich ist, im Zusammenwirken mit dem Betroffenen zu handeln. Aufklärung und Beratung des einzelnen Betroffenen in dessen konkreter Lebenssituation seien schon aus diesem Grund ein wesentliches Mittel gesundheitsbehördlichen Handelns. Die Schwellen für Eingriffsmaßnahmen, die Auswahl des jeweils einzusetzenden Mittels sowie dessen Ausgestaltung im einzelnen müßten stets so bemessen werden, daß seuchenrechtliche Maßnahmen nur dann, nur solange und nur soweit eingesetzt werden, bis mit hinreichender Gewißheit angenommen werden kann, daß von dem Betroffenen keine Übertragungsgefahr (mehr) ausgehe. Dies sei der Fall, wenn sich herausstelle, daß der Verdacht einer HIV-Infektion unbegründet ist, oder wenn sich ergebe, daß der Betroffene sich in seiner konkreten Lebenssituation „aidsbewußt" verhalten werde.*)

6.2.8.2 Ermittlungsmaßnahmen

Die seuchenrechtliche Ermittlungstätigkeit der Gesundheitsbehörden steht wie jede andere staatliche Tätigkeit unter dem verfassungsrechtlichen Übermaßverbot, so daß alle Gefahrenerforschungsmaßnahmen an den Prinzipien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit zu messen sind. Das bedeutet unter anderem, daß die Abklärung des Gefahrenverdachts in erster Linie im Zusammenwirken mit dem Betroffenen zu erfolgen hat. Es muß deshalb zunächst versucht werden, mit ihm ein klärendes Gespräch zu führen. Wird bei ihm eine Untersuchung angeordnet, so ist unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit zunächst auf eine Einwilligung hinzuwirken.

Die Zulässigkeit von Zwangsuntersuchungen auf HIV-Antikörper wird in der Kommission unterschiedlich beurteilt.

---

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 366

Der eine Teil der Kommission ist wie die Mehrheit der Gesundheitsverwaltungen der Bundesländer der Auffassung, daß der HIV-Antikörpertest nur erzwungen werden darf, wenn für den Fall eines positiven Befundes gegenüber der betroffenen Person weitere seuchenpolizeiliche Maßnahmen in Betracht kommen. Die Untersuchung dürfe — auch im Hinblick auf die davon ausgehenden Akzeptanzprobleme — kein Selbstzweck sein. Sie diene allein der Vorbereitung einer Entscheidung über das weitere behördliche Vorgehen.

Der andere Teil der Kommission vertritt die Ansicht, daß die Gesundheitsbehörden in Fällen, in denen ein hinreichend eindeutiger Übertragungsverdacht besteht, diesen Verdacht zu klären haben. Dies habe zunächst im Zusammenwirken mit dem Betroffenen zu geschehen, also durch abklärende und empfehlende Gespräche. Lasse sich auf diese Weise der Verdacht nicht ausräumen, so seien unter Wahrung der Prinzipien des Übermaßverbotes im Einzelfall Maßnahmen zur Gefahrenerforschung zu treffen. Dazu könne je nach Sachlage auch der HIV-Antikörpertest und dessen Wiederholung gehören. Der Verzicht auf eine solche Ermittlungstätigkeit führe dazu, daß naheliegende präventive Möglichkeiten ungenutzt blieben, vor allem daß man im Einzelfall womöglich leicht eingrenzbare Gefahrenherde nicht ausmache und womöglich ohne weiteres feststellbare Infektionsketten nicht unterbreche. Die seuchenrechtliche Ermittlungstätigkeit der Gesundheitsbehörden diene außerdem einem doppelten Zweck, nämlich außer der Feststellung von Gefahrenherden auch noch der Gewinnung von Informationen und zur Abschätzung des staatlichen Interventionsbedürfnisses. Jeweils handle es sich um zentrale Anliegen des BSeuchG.

6.2.8.3 Contact tracing

Wie schon im *Zwischenbericht* (Abschnitt 5.4.2.4.1) empfohlen, ist es nach einem positiven Antikörpertest im Rahmen der Beratung und Betreuung der Betroffenen geboten, mit ihnen die Frage zu erörtern, welche anderen potentiell Betroffenen von diesem Befund unterrichtet werden sollten; gleichzeitig soll den Getesteten dafür professionelle Hilfe angeboten werden.

Die Frage, ob die Betroffenen notfalls durch Androhung von Zwangsmitteln dazu bewegt werden sollen, soweit ihnen das möglich ist, Angaben über die vermutliche Ansteckungsquelle zu machen, unter Umständen also auch die Personen zu benennen, mit denen sie in den letzten Jahren ungeschützte Intimkontakte oder sonstige Risikokontakte hatten, wird in der Kommission unterschiedlich beurteilt.

Der eine Teil der Kommission erwartet nicht, daß mit Hilfe von Zwangsgeldern und Erzwingungshaft bessere Aufklärungsergebnisse erzielt werden können. Auch bestehe die Gefahr, daß dadurch Verleumdungen und Denunziationen provoziert würden und die weitere Betreuung und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Getesteten und den Hauptbetroffenengruppen wesentlich erschwert, wenn nicht gar unmöglich gemacht werde.

Der andere Teil der Kommission ist der Meinung, daß die Gesundheitsbehörden schon aus Rechtsgründen auf ein Contact tracing im Rahmen des im Einzelfall Zulässigen und Möglichen nicht verzichten dürften. Zwangsmittel kämen dabei schon aus praktischen Gründen allenfalls zur Durchsetzung einer Vorladung in Betracht, nämlich wenn sich jemand, bei dem ein konkreter Übertragungsverdacht besteht, grundlos weigere, der Aufforderung zu einem Gespräch in der Gesundheitsbehörde nachzukommen. In der Vielzahl der Fälle komme man jedoch, wie die Erfahrungen in Bayern zeigen, ohne ein solches Vorgehen aus. Wenn man im Falle von AIDS allgemein von der Ermittlung der Ansteckungsquelle bei der HIV-Infektion absehen wolle, bedürfe es hierzu einer das geltende Seuchenrecht einschränkenden gesetzlichen Regelung. Schon jetzt hätten im übrigen die Gesundheitsbehörden im Einzelfall Ermittlungsmaßnahmen zu unterlassen, wenn diese zu einer unzumutbaren Belastung des Betroffenen führten. Das folge aus dem Übermaßverbot.

6.2.8.4 Meldepflicht

Die Einführung einer namentlichen Meldepflicht über die anonyme Laborberichtspflicht und anonyme Meldung der AIDS-Vollbildfälle hinaus, ist gleichfalls umstritten.

Die Mehrheit der Kommission ist gegen die Einführung einer namentlichen Meldepflicht.

Ein Teil der Kommission befürwortet indessen eine namentliche Meldepflicht, damit die Gesundheitsbehörden bei ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Ermittlungstätigkeit nicht länger ausschließlich auf Zufallsinformationen angewiesen sind.

Einigkeit besteht in der Kommission allerdings insoweit, daß eine bloße Ausdehnung der seuchenrechtlichen Meldepflicht auf die HIV-Infektion schon deshalb ausscheidet, weil das BSeuchG den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Datenschutzes nicht genügt.

6.2.8.5 Unlinked testing

Man hofft, mit Hilfe der Methode des Unlinked testing die epidemiologischen Daten über die Ausbreitung der Infektion und über die Ausbreitungsgeschwindigkeit in der Bevölkerung verbessern zu können. Diese Methode stößt aber teilweise noch immer auf rechtliche Bedenken. Die Kommission hält es angesichts der weitverbreiteten und ausgeprägten Furcht vor Datenmißbrauch für wünschenswert, falls man sich für die Methode des Unlinked testing entschließt, vorab durch ein klare gesetzliche Regelung die Transparenz zu erhöhen und Mißtrauen abzubauen. Die Kommission bleibt deshalb, allerdings aus unterschiedlichen Gründen, bei ihrer Auffassung, daß für das Unlinked testing eine gesetzliche Regelung geschaffen werden sollte.

Ein Teil der Kommission steht auf dem Standpunkt, daß ein Unlinked testing schon heute rechtlich zulässig ist, wenn gesichert ist, daß die Daten rechtmäßig erhoben und vor dem Test faktisch irreversibel anonymisiert werden.

6.2.8.6 Schutzmaßnahmen

Es gibt Schutzmaßnahmen wie z. B. die Kondompflicht für Freier, die, wenn überhaupt, zweckmäßigerweise in der Form eines Rechtssatzes erlassen werden sollten. Auch könnte daran gedacht werden, durch Rechtsverordnungen die allgemeinen Rechtspflichten zu verdeutlichen, die zur Vermeidung weiterer Übertragungen der HIV-Infektion zu beachten sind.

Der eine Teil der Kommission befürwortet solche Verordnungen nicht. Nach seiner Auffassung ist die Frage, welche Rechtspflichten den HIV-Infizierten obliegen, durch die strafrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ausreichend geklärt. Eine allgemeine Kondompflicht ist weder durchsetzbar noch überwachbar. Auch lägen bisher keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, ob solche Auflagen männlichen und weiblichen Prostituierten helfen, dem Druck unbelehrbarer Freier und Zuhälter besser widerstehen zu können.

Der andere Teil der Kommission befürwortet solche Rechtsverordnungen. Er weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß § 38 a BSeuchG zwar eine Rechtsgrundlage für solche Rechtsverordnungen enthält. Ermächtigungsadressaten seien hier aber nur die Landesregierungen. Daß daher keine bundeseinheitliche Verordnung erlassen werden kann, wird von diesem Teil der Kommission als Mangel angesehen. Durch eine entsprechende bundesrechtliche Regelung ließen sich im Wege der Klarstellung die allgemeinen Rechtspflichten verdeutlichen, die jedermann zur Vermeidung weiterer Übertragungen der HIV-Infektion zu beachten habe. Ein umfangreiches Kontroll- und Überwachungssystem sei nicht erforderlich. Auch hier könne wie in vielen anderen Fällen davon ausgegangen werden, daß die Mehrheit der Bevölkerung sich an das Recht halte, wenn sie nur wisse, was rechtens ist.

6.2.8.7 Berufsverbot

Die Tatsache, daß die Prostitution kein anerkannter Beruf ist, schließt strafbewehrte Berufsverbote nach § 38 BSeuchG nicht aus. In solchen Fällen sind Zahlungen nach §§ 49ff. BSeuchG als Ausstiegshilfen dringend zu empfehlen. Bei drogenabhängigen infizierten Prostituierten und Strichern sollte als flankierende Maßnahme gegebenenfalls auch eine Substitutionsbehandlung im Rahmen des geltenden Betäubungsmittelgesetzes angeboten werden (vgl. Abschnitt 6.6 des *Zwischenberichts).*

6.2.8.8 Absonderung

Wenn man gegen HIV-infizierte Prostituierte und Stricher zunächst „Berufsverbote" nach § 38 BSeuchG verhängt und ihnen zugleich nach §§ 49ff. BSeuchG eine angemessene Entschädigung zahlt sowie sonstige Ausstiegshilfen einschließlich Drogenersatzmitteln anbietet, werden nur wenige Betroffene übrigbleiben, die Berufsverbote gleichwohl nicht befolgen. Ob solche Personen nach § 38 BSeuchG abgesondert werden können, ist in der Kommission umstritten.

Der eine Teil der Kommission ist der Auffassung, daß die Absonderungsregelung des § 37 BSeuchG den verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht genüge. Die Voraussetzungen für die Absonderung von HIV-infizierten Personen sowie der Vollzug der Absonderung müßten gesetzlich genauer geregelt werden. Es bestehe aber kein praktisches Bedürfnis für ein solches Gesetz, weil das Strafrecht und das Strafprozeßrecht den Behörden ausreichende und rechtsstaatlich einwandfreie Möglichkeiten bieten würden.

Der andere Teil der Kommission hält die Regelung des § 37 BSeuchG für verfassungsrechtlich unbedenklich und ist überdies der Meinung, daß es angesichts der unterschiedlichen Zwecke des auf Vorbeugung gerichteten Seuchenrechts und des auf nachfolgende Sanktion gerichteten Strafrechts nicht sachgemäß sei, die Gesundheitsbehörden auf das Strafrecht zu verweisen. Mindestens müßten Schutzlücken, die sich aus dem Strafprozeßrecht, z. B. durch die abschließende Regelung der Haftgründe ergeben könnten, seuchenrechtlich geschlossen werden.

6.2.8.9 Datenschutz

Für den Bereich der Gesundheitsämter fehlen abgesehen von dem bayerischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst ausreichende Datenschutzregelungen. Dieser Zustand kann nur noch für eine kurze Übergangszeit hingenommen werden, weil das insoweit maßgebende, neue verfassungsrechtliche Maßstäbe setzende Volkszählungsurteil bereit 1983 erlassen wurde.

In den polizeilichen Informationssystemen sollte die Tatsache, daß eine Person HIV-infiziert ist, wenn überhaupt, nur unter den von den Datenschutzbeauftragten genannten einschränkenden Bedingungen gespeichert werden. Die Speicherung dieses Merkmals in dem allgemeinen Datenfeld „personengebundene Hinweise", das bei jeder Anfrage aufgerufen wird, ist unzulässig.

6.2.8.10 Aufnahme der HIV-Infektion in das GeschlG

Die Aufnahme der HIV-Infektion in das GeschlG ist nach Auffassung der Kommission nicht zu empfehlen.

6.2.8.11 AIDS-Bekämpfung und Arztvorbehalt

Die derzeit unklare Rechtslage bedarf dringend der Klarstellung. Patienten, Ärzte und Heilpraktiker müssen wissen, woran sie sind.

Der eine Teil der Kommission ist der Ansicht, daß sich bei der HIV-Infektion und bei der AIDS-Krankheit der Arztvorbehalt nicht durch Annahmen über präventive Wirkungen rechtfertigen lasse. Dem Betroffenen müsse die Chance bleiben, auch bei einem Heilpraktiker Hilfe zu suchen. Ihnen diesen Weg zu versperren, sei eine unzulässige Bevormundung. Die Ablehnung eines Arztvorbehalts dürfe allerdings nicht mißverstanden werden. Weder ein Heilpraktiker noch ein Arzt dürfe jede Behandlung übernehmen. Vielmehr mache er sich wegen Körperverletzung, gegebenenfalls auch wegen Totschlags strafbar und hafte zudem zivilrechtlich für den eingetretenen Schaden, wenn er eine Behandlung übernehme, für die seine Kenntnisse und Fähigkeiten nicht ausreichen (sogenanntes Übernahmeverschulden). In diesen Fällen müsse die Behandlung abgelehnt oder mindestens darauf gedrängt werden, daß die Patienten zusätzlich ausreichend befähigte Ärzte aufsuchen.

Der andere Teil der Kommission ist der Ansicht, der seuchenrechtliche Arztvorbehalt des § 30 BSeuchG gelte auch für die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung. Ein solcher Vorbehalt sei aus Gründen der Prävention nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar geboten. Nur der Arzt verfüge über die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse, um den Infektionsstatus eines Patienten sachgerecht zu beurteilen und auf diese Weise den Patienten, aber auch Dritte, vor erheblichen Infektionsgefahren zu schützen. Die zivilrechtliche und strafrechtliche Ahndung des sogenannten Übernahmeverschuldens reiche insoweit nicht aus. Der Arztvorbehalt des § 30 BSeuchG beschränke sich freilich nach Ansicht dieses Teils der Kommission auf diagnostische Maßnahmen, die sich auf die Feststellung einer HIV-Infektion richten. Dem Arztvorbehalt würden weiterhin therapeutische Maßnahmen gegen die HIV-Infektion unterliegen. Lediglich die Behandlung von Mißbefindlichkeiten und solcher Krankheiten, die sich als Folge der Immunschwäche ergeben, werde davon nicht erfaßt, sofern solche Krankheiten nicht ihrerseits dem Arztvorbehalt des BSeuchG unterworfen sind. Durch diese Einschränkung des seuchenrechtlichen Arztvorbehalts werde weder das Selbstbestimmungsrecht des Patienten noch die Berufsfreiheit der Heilpraktiker in unzulässiger Weise beschnitten.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder hinzuwirken sowie entsprechende Anregungen an die betreffenden Organisationen und Verbände weiterzuleiten,

6.2.9.1

an der Auffassung festzuhalten, daß der entscheidende Beitrag zur Bekämpfung von AIDS durch ein breites Aufklärungs- und Beratungskonzept zu leisten ist und daß der Einsatz rechtlich möglicher seuchenpolizeilicher Mittel allgemein und im Einzelfall auch von den plausibel davon ausgehenden erwünschten und unerwünschten Wirkungen auf Einstellung, Verhalten und Vertrauen der von den Maßnahmen unmittelbar oder mittelbar Betroffenen abhängig zu machen ist (Frau Becker, Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Frau Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Abg. Voigt (CDU/CSU);*)

6.2.9.2

gegenüber den Gesundheitsbehörden klarzustellen, daß der HIVAntikörpertest nur erzwungen werden darf, wenn für den Fall eines positiven Befundes bei der betroffenen Person weitere seuchenpolizeiliche Maßnahmen in Betracht kommen, die sonst nicht getroffen werden können (Frau Becker, Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Abg. Voigt (CDU/CSU);*)**)

6.2.9.3

für die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung keine namentliche Meldepflicht entsprechend § 3 BSeuchG oder § 12 GSchlG einzuführen (Frau Becker, Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Abg. Voigt (CDU/CSU));***)

6.2.9.4

in das BSeuchG einen bereichsspezifischen Datenschutz einzufügen, der vor allem die Übermittlung von Gesundheitsdaten an andere öffentliche Stellen und an Dritte regelt (Frau Becker, Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Eimer (FDP),

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 366

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 366
**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 366
***) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 366

Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU));

6.2.9.5)**

für die Methode des Unlinked testing — nicht nur im Hinblick auf AIDS, sondern ganz allgemein — eine klare gesetzliche Grundlage zu schaffen, die die Transparenz erhöht und Mißtrauen abbaut (Frau Bekker, Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU));

6.2.9.6)**

die Testung von Blutresten, bei denen eine De-Anonymisierung nicht ausgeschlossen ist, nur zuzulassen, wenn die Betroffenen darin eingewilligt haben (Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Stille);

6.2.9.7

bis zur Entscheidung des Gesetzgebers an rechtmäßig gewonnen Blutproben nach irreversibler Anonymisierung epidemiologische Untersuchungen zur Verbesserung der Datenlage über die Verbreitung der HIV-Infektion einzuleiten (Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Abg. Voigt (CDU/CSU));***)

6.2.9.7a**)**

6.2.9.8

im Falle von Tätigkeitsverboten für Prostituierte für angemessene Ausstiegshilfen zu sorgen;

6.2.9.9

grundsätzlich darauf zu verzichten, die Tatsache, daß eine Person HIV-positiv ist, in den polizeilichen Informationssystemen zu speichern. Zumindest muß sichergestellt sein, daß eine etwaige Speicherung höchstens unter den einschränkenden Bedingungen erfolgen darf, wie sie im Beschluß der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 07.12.1987 zum Ausdruck kommt. Die danach unzulässig gespeicherten Daten sollten unverzüglich unter Aufsicht der Datenschutzbeauftragten gelöscht werden; (Frau Becker, Abg. Dr. Becker (CDU(CSU),Abg. Blank (CDU/CSU),Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Spann, Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU), Zöllner);

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 367
**) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 367
***) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 367
****) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 367

6.2.9.10

die HIV-Infektion nicht in das GeschlG aufzunehmen (Frau Becker, Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU));

6.2.9.11

durch eine Ergänzung des § 30 BSeuchG klarzustellen, ob und inwieweit Heilpraktikern die Behandlung von Personen erlaubt ist, die mit HIV infiziert, an AIDS erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Über die Richtung dieser Klarstellung bestehen in der Kommission unterschiedliche Vorstellungen:

die Mehrheit der Kommission empfiehlt eine Klarstellung des § 30 Abs. 1 Satz 2 BSeuchG mit dem Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur Feststellung einer HIV-Infektion bzw. zu deren Bekämpfung den Ärzten vorzubehalten (Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU), Zöllner));

der andere Teil der Kommission empfiehlt eine Klarstellung dahin gehend, daß der Arztvorbehalt die Behandlung der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung nicht umfaßt (Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN));

6.2.9.12

die Öffentlichkeit auch darüber aufzuklären, daß AIDS eine Krankheit ist, die ärztlicher Behandlung bedarf. Heilpraktiker dürfen daher nur neben den behandelnden Ärzten aufgesucht werden. Behandelnde Heilpraktiker haben sich gegebenenfalls zu vergewissern, daß ihre Patienten wegen der HIV-Infektion auch ärztlich betreut werden (Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille, Abg. Voigt (CDU/CSU), Zöllner).*)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 367

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 3: Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs HIV-Infizierter

Einleitung

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 4. November 1988 (BGHSt 36, S. 1 ff.) zur Bewertung des ungeschützten Sexualverkehrs HIV-Infizierter folgenden Leitsatz aufgestellt:

> „Ein HIV-Infizierter, der in Kenntnis seiner Ansteckung mit einem anderen ohne Schutzmittel Sexualverkehr ausübt, kann wegen gefährlicher Körperverletzung strafbar sein. Ist eine Übertragung des AIDS-Erregers nicht feststellbar, kommt Strafbarkeit wegen Versuchs in Betracht."

Damit bestätigte der Bundesgerichtshof den erstinstanzlichen Schuldspruch des Landgerichts Nürnberg-Fürth (NJW 1988, S. 2311 ff.) wegen Versuchs der gefährlichen Körperverletzung „mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung".

In dem Verfahren war das Verhalten eines HIV-Infizierten zu beurteilen, der in Kenntnis seiner Ansteckung trotz zweimaliger Belehrung durch den behandelnden Arzt mit anderen Männern Geschlechtsverkehr hatte. Er streifte dabei erst kurz vor dem Samenerguß ein Kondom über. Seine Partner hatte er nicht über seine Infektion aufgeklärt. Zu einer Übertragung des Virus ist es, soweit feststellbar, nicht gekommen.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung festgestellt, daß die Infektion mit HIV eine Gesundheitsbeschädigung ist. Die Ansteckung bedeute — angesichts der Irreversibilität und der schweren, mit hoher Wahrscheinlichkeit tödlichen Folgen bei Ausbruch der Krankheit — eine tiefgreifende Veränderung des körperlichen Normalzustands.

Die Gerichte haben bisher in gleichgelagerten Fällen fast immer nur wegen versuchter, nicht wegen vollendeter gefährlicher Körperverletzung verurteilt, auch wenn der „Verletzte" tatsächlich infiziert war. Das ist darauf zurückzuführen, daß für eine strafrechtliche Verurteilung die Kausalität des schädigenden Verhaltens für die Körperverletzung nachgewiesen werden muß, die bloße Wahrscheinlichkeit also nicht ausreicht. Bei AIDS läßt sich wegen der langen Latenzzeit und der möglicherweise verzögerten Antikörperbildung nur in seltenen Fällen ausschließen, daß sich der Verletzte statt bei dem behaupteten Vorfall schon viel früher infiziert hat. Deshalb läßt der Bundesgerichtshof zur Strafbarkeit wegen Versuchs jeden ungeschützten Geschlechtsverkehr eines HIV-Infizierten, der um die Infektion weiß und den Partner nicht darüber aufgeklärt hat, genügen; dazu rechnet er auch Sexualpraktiken des Oral- und Analverkehrs ohne Ejakulation (Coitus interruptus).

Für den Bundesgerichtshof stellte sich — wie für die anderen mit derartigen Fällen befaßten Gerichte — auch die Frage der Abgrenzung zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit, und zwar zwischen den Formen des bedingten Vorsatzes und der bewußten Fahrlässigkeit. Der Versuch ist nämlich nach geltendem Strafrecht nur bei einem vorsätzlichen Delikt strafbar. Eine fahrlässige Körperverletzung mit HIV scheidet in aller Regel aus, weil sich die HIV-Übertragung durch einen bestimmten Sexualverkehr kaum nachweisen läßt.

Der Bundesgerichtshof hat in diesem Fall gegen Stimmen aus der Rechtslehre an seiner bisherigen Rechtsprechung zum Vorsatz festgehalten. Danach erfordert der Körperverletzungvorsatz des Angeklagten neben dem Wissen, daß sein Handeln einen anderen schädigen kann, auch das Wollen der Gesundheitsbeeinträchtigung, d. h. des Eintritts der HIV-Infektion. Der Angeklagte, der zwar die Gefahr der HIV-Übertragung durch sein Handeln kennt, aber mit der als möglich erkannten Tatbestandsverwirklichung nicht einverstanden ist und ernsthaft — also nicht nur vage — darauf vertraut, es werde nicht zu einer HIV-Infektion bei seinem Partner kommen, handelt deshalb nicht vorsätzlich, sondern nur bewußt fahrlässig. Eine Strafbarkeit wegen Versuchs ist dann ausgeschlossen.

Dies führt dazu, daß die Gerichte in solchen Fällen eine umfassende Prüfung des Willenselements des Vorsatzes vornehmen müssen. Dabei haben sie zu klären, ob zumindest die schwächste Form des Vorsatzes, der sogenannte bedingte Vorsatz (dolus eventualis) vorliegt, d. h. ob der Täter den Erfolgseintritt „billigend in Kauf nahm" oder ob er sich zumindest mit dem Erfolg abfand. Aus dem Wissen des Angeklagten um seine HIV-Infektion und der generellen Eignung ungeschützten Sexualverkehrs zur Virusübertragung darf aber nicht ohne weiteres auf die Billigung einer Infektion des Partners geschlossen werden. Bei der gebotenen Berücksichtigung aller objektiven und subjektiven Tatumstände können jedoch Qualität und Intensität des beim Täter vorhandenen Wissens über die Gefährlichkeit seiner Handlungsweise im Einzelfall ein wesentliches Indiz für das geforderte Willensmoment sein.

In dem vom Bundesgerichtshof entschiedenen Fall hatte das erstinstanzliche Gericht bedingten Vorsatz beim Angeklagten angenommen, obwohl dieser den Verkehr vor dem Samenerguß abgebrochen hatte. Es gründete seine Annahme u. a. darauf, daß der behandelnde Arzt den Angeklagten im Beratungsgespräch zweimal auf die Notwendigkeit der Verwendung von Kondomen bei jeglichem Sexualverkehr hingewiesen hatte. Der Bundesgerichtshof sah keinen Grund, diese Beurteilung zu beanstanden. Weiterhin war der Bundesgerichtshof nicht der Ansicht, daß eine Straftat aus dem Gesichtspunkt eines erlaubten Risikos entfiele. Ein solches scheide angesichts der Schwere des eingegangenen Risikos und der Bedeutung des Sexualverkehrs für die Übertragung von AIDS wegen fehlender Sozialüblichkeit, d. h. Sozialadäquanz, aus.

Bei infektionsträchtigem Verhalten kommt außerdem der Frage einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung des Partners immer besondere Bedeutung zu. Je nach Fallgestaltung ist nämlich zu prüfen, ob der Partner nicht auf eigene Gefahr handelte. Ausgehend von der Straflosigkeit der Beihilfe zur frei verantworteten Selbsttötung hat der Bundesgerichtshof im Fall gemeinsamen Drogengebrauchs im Jahre 1984 entschieden (BGHSt 32, S. 262), daß derjenige nicht wegen Tötung oder Körperverletzung strafbar ist, der lediglich die eigenverantwortliche Selbstgefährdung eines anderen veranlaßt, ermöglicht oder fördert. Die Strafbarkeit des Täters beginne in diesen Fällen erst dort, wo er Kraft „überlegenen Sachwissens" das Risiko besser als der sich selbst Gefährdende erfaßt. In einem solchen Fall fehle die den Täter entlastende Eigenverantwortlichkeit des Partners.

Der Bundesgerichtshof hat über die Anwendbarkeit dieser Rechtsgrundsätze auf sexuellen Umgang mit HIV-Infizierten noch nicht abschließend entschieden. Nach seiner Auffassung ist aber ein Fall überlegenen Sachwissens gegeben, wenn der Infizierte beim Geschlechtsverkehr den anderen nicht von seiner Infektiosität in Kenntnis gesetzt hat, und zwar selbst dann, wenn der Partner damit rechnen mußte, daß der andere einer der Hauptbetroffenengruppen angehört. Leichtsinn des Partners befreit also den HIV-Infizierten bei Risikokontakten nicht von strafrechtlicher Verantwortung. Das läuft im Endeffekt darauf hinaus, daß der Leichtsinnige strafrechtlich geschützt wird. Im Urteil des Bundesgerichtshofs heißt es dazu: „... es geht nicht an, die Verantwortung für das Vermeiden einer so schwerwiegenden Gefahr von demjenigen, von dem die Gefährdung ausgeht und der dies weiß, auf den Gefährdeten zu verlagern, mag sich dieser auch unvorsichtig verhalten. Insbesondere soweit es sich um Homosexuelle und Prostituierte handelt, gibt es Hinweise darauf, daß bei den Angehörigen dieser Risikogruppen mittlerweile von einer sehr hohen und breiten Sensibilität (Bereitschaft zum Empfang der Präventionsbotschaft) für AIDS auszugehen ist. Auch aus diesem Grund darf der Partner in aller Regel dar-

auf vertrauen, daß niemand in Kenntnis und unter Verschweigen seiner Ansteckung ungeschützt mit ihm geschlechtlich verkehrt."

Die Vielfalt strafrechtlicher Beurteilung infektionsriskanten Verhaltens wird durch eine dem Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs zeitlich nachfolgende rechtskräftige Entscheidung des Bayerischen Obersten Landesgerichts vom 15. September 1989 (NJW 1990, S. 131) sichtbar. Dort hatte der HIV-infizierte Angeklagte im Rahmen einer festen Beziehung über einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr trotz Kenntnis seiner Infektion und trotz Aufklärung durch seinen behandelnden Arzt über die Übertragungsmöglichkeiten bei Sexualkontakten regelmäßig ungeschützten Geschlechtsverkehr mit seiner Partnerin. Auch nach zahlreichen Untersuchungen konnte eine Ansteckung bei ihr nicht festgestellt werden. Der Angeklagte hatte jedoch, anders als der in dem von dem Bundesgerichtshof zu entscheidenden Fall, seine sechzehneinhalbjährige Partnerin über seine Infektion und die Gefahren ungeschützten Geschlechtsverkehrs aufgeklärt. Erst nach dem Drängen der Partnerin auf ungeschützten Verkehr hatte sich der Angeklagte ihren Wünschen gebeugt. Diese Besonderheit rechtfertigte nach Meinung des Gerichts einen Freispruch. Es konnte nämlich das Verhalten des Angeklagten als straflose Beteiligung an einer eigenverantwortlichen Selbstgefährdung der Partnerin werten.

Neben der Untersuchung der Strafbarkeit infektionsriskanten Verhaltens stellt sich die noch grundlegendere Frage nach der Bewertung der Folgen des Strafrechtseinsatzes auf diesem Gebiet, insbesondere auch nach den Folgen für die AIDS-Prävention. Dabei ist stets im Auge zu behalten, ob und inwieweit das Strafrecht und seine Anwendung Infizierte davon abhalten, Schwierigkeiten bei der Veränderung ihres sexuellen Verhaltens in Beratungssituationen zur Sprache zu bringen und zu bearbeiten.

Überdies wird diskutiert, inwieweit Bedarf für eine Änderung des geltenden Rechts durch die Einführung eines speziell auf die juristische Beurteilung infektionsriskanten Verhaltens zugeschnittenen Gefährdungstatbestands besteht.

I. Bestandsaufnahme

6.3.1 Zur Strafbarkeit infektionsriskanten Verhaltens

6.3.1.1 Strafrechtliche Ahndungsmöglichkeiten

In der gerichtlichen Praxis und in der Diskussion nimmt bei der Beurteilung infektionsriskanten Verhaltens der Straftatbestand des § 223 a Strafgesetzbuch (StGB), d. h. die gefährliche Körperverletzung „mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung", eine zentrale Stellung ein. Daneben kommen allerdings auch die Tatbestände der Tötungsdelikte (§§ 211 ff. StGB) und der schweren Körperverletzung (§ 224 StGB) in Betracht. Eine Bestrafung aus diesen Tatbeständen setzt jedoch stets voraus, daß ein bestimmter strafrechtlicher Erfolg eingetreten ist. Durch das infektionsriskante Verhalten kommt es einerseits aber nur in relativ wenigen Fällen tatsächlich zu einer Ansteckung. Andererseits ist der Ursächlichkeitsnachweis bestimmter Sexualkontakte für eine individuelle Ansteckung nur in Ausnahmefällen möglich. Daher kann in aller Regel nur wegen Versuchs bestraft werden.

Der Gefährdungstatbestand des § 6 Geschlechtskrankheitengesetzes, der schon das infektionsriskante Verhalten als solches ohne Rücksicht darauf bestraft, ob es im konkreten Fall zu einer Infektion gekommen ist, ist auf HIV nicht anwendbar. Diese Vorschrift bezieht sich ausdrücklich nur auf die im Geschlechtskrankheitengesetz aufgezählten Infektionskrankheiten, zu denen HIV und AIDS nicht gehören.

Im übrigen wird vereinzelt für die Anwendung des Gefährdungstatbestandes der Vergiftung (§ 229 StGB) als einer Spezialvorschrift für die Schaffung des Risikos langen Siechtums plädiert, was dann zu einer Bestrafung des infektionsriskanten Verhaltens als solchem führen könnte. Diesem Ansatz hat der Bundesgerichtshof in einer neueren Entscheidung vom 12. Oktober 1989 jedoch eine Absage erteilt (NJW 1990, S. 129).

Vor allem um den praktischen Schwierigkeiten bei der Feststellung des Körperverletzungsvorsatzes zu entgehen, wird zumal von der Bayerischen Staatsregierung die Einführung eines spezifischen Straftatbestandes gefordert. In Anlehnung an § 6 Geschlechtskrankheitengesetz soll ein Gefährdungstatbestand geschaffen werden, der einerseits geringere Anforderungen an den Vorsatz stellt, andererseits aber das strafrechtlich tolerierte Risiko von dem nicht mehr tolerierten eindeutig abgrenzt. Von anderer Seite wird die Forderung eines Gefährdungstatbestandes auch damit begründet, daß dann die Strafsanktion in besonderer Weise flexibel gestaltet werden könnte, um so der besonderen Situation des HIV-Infizierten Rechnung zu tragen. Z. B. könnte man vorschreiben, daß von Strafe abzusehen ist, wenn sich der Partner seinerseits leichtsinnig verhalten hat, etwa indem er sich in Sexclubs, Homosexuellensaunen, beim Sextourismus oder bei Prostituierten auf ungeschützten Verkehr eingelassen oder solchen Verkehr sogar provoziert hat.

Gegen einen solchen Gefährdungstatbestand wird jedoch vorgebracht, daß die Möglichkeit, den HIV-Infizierten wegen versuchter gefährlicher Körperverlet-

zung zu bestrafen, ausreiche, um dem Strafbedürfnis zu genügen. Außerdem könne sich ein Gefährdungstatbestand mit milderer bzw. flexiblerer Strafdrohung nur dann zugunsten des Infizierten auswirken, wenn das Verhältnis zu den Körperverletzungstatbeständen eindeutig, und zwar im Sinne einer Sperre gegen die Bestrafung wegen eines Körperverletzungsdelikts, geregelt werde. Dies sei jedoch unser Strafrechtsordnung fremd.

Außerdem besteht das Bedenken, daß ein Gefährdungstatbestand nur dann von kriminalpolitischem Nutzen sei, wenn die gefährliche Handlung klar sichtbar ist und problemlos festgestellt werden kann. Dies ist bei HIV-riskantem Verhalten jedoch nicht der Fall. Vielmehr käme es zu noch größeren praktischen Schwierigkeiten bei der Durchsetzung eines staatlichen Strafanspruchs und zu problematischen und unerwünschten Fahndungsmethoden.

6.3.1.2 Grenzen des erlaubten Risikos

Die HIV-Infektion erfüllt den Tatbestand einer Gesundheitsbeschädigung und bildet damit die Grundlage für eine Strafbarkeit wegen vollendeter Körperverletzung. Ob wegen Versuchs bestraft werden kann, richtet sich danach, ob das riskante Verhalten im Einzelfall geeignet ist, einen solchen Erfolg herbeizuführen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, daß das Risiko einer Ansteckung je nach Praktik sehr unterschiedlich ist. Es wird behauptet, daß das Infektionsrisiko zwar bei ungeschütztem Analverkehr steige, beim Coitus interruptus bzw. beim ungeschützten Oralverkehr aber sinke. Selbst bei kondomgeschützem Verkehr sei ein Risiko aber nicht ganz auszuschließen.

Sofern man den strafrechtlich relevanten Bereich des Versuchs bereits beginnen läßt, wo eine geringe Ansteckungswahrscheinlichkeit besteht, verlagert sich die Frage der Strafbarkeit riskanten Verhaltens auf die Vorsatzebene. Würde man hingegen für die Versuchshandlung eine höhere Ansteckungswahrscheinlichkeit fordern, so bliebe alles, was sich unter dieser Wahrscheinlichkeit hielte, strafrechtlich unbeachtlich; die Frage des Vorsatzes würde sich dann nicht mehr stellen. Es gäbe also geringer riskantes Verhalten, das strafrechtlich nicht verboten wäre, und stärker riskantes Verhalten, das strafrechtlich geahndet würde. Je nach dem, wo man die Grenze zieht, entsteht ein größerer oder kleinerer Bereich eines strafrechtlich geduldeten Risikos.

In seiner Grundsatzentscheidung hat sich der Bundesgerichtshof mit der Frage der strafrechtlich relevanten Ansteckungswahrscheinlichkeit bei Sexualkontakten befaßt. Er hat festgestellt, daß der von ihm konkret zu beurteilende Coitus interruptus objektiv eine Gesundheitsbeschädigung bewirken kann und kein erlaubtes Risiko darstellt. Beispiel für ein solches erlaubtes Risiko ist die Benutzung eines schnellen Fahrzeugs im Straßenverkehr.

Eine HIV-Infektion wird aber nicht als ein erlaubtes Risiko angesehen: Beim ungeschützten Sexualverkehr handele es sich unter keinen Umständen um eine erlaubtriskante Verhaltensweise, die vom Strafrecht hinzunehmen wäre. Dies gelte nicht nur für den Geschlechtsverkehr mit Samenerguß, sondern auch für den Coitus interruptus. Dieser stelle keine ausreichende Möglichkeit der Sicherung dar. Möge hierbei die Übertragungswahrscheinlichkeit auch sinken, so verringere sich doch das Restrisiko nicht hinreichend. Im übrigen müsse bei der Festlegung von Verhaltensmaßregeln durch das Strafrecht berücksichtigt werden, daß es mit der Kondombenutzung eine Schutzmöglichkeit gebe, die das Risiko wesentlich verringere, so daß dem Infizierten angesichts der Risikolage die Unterlassung jeden ungeschützten Kontaktes zumutbar sei.

Die von einigen Präventionsträgern öffentlich empfohlenen Schutzvorkehrungen wie etwa: „Kein Sperma in den Körper der Partnerin oder des Partners" senkten das Risiko nicht hinreichend ab. Sie können allerdings den Tätervorsatz entfallen lassen.

Dagegen macht sich der HIV-Infizierte nicht strafbar, wenn er zwar seinen Partner nicht über seine Infektion aufklärt, aber ein Kondom benutzt. Dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, daß bei Verwendung der üblichen Kondome der Analverkehr wegen der Gefahr des Platzens riskanter sein kann als Analverkehr ohne Kondom mit Coitus interruptus. Auch die Benutzung von Kondomen bei Vaginalverkehr ist bei falschem Gebrauch oder Materialfehlern nicht gänzlich risikolos.

6.3.1.3 Voraussetzungen für den Nachweis vorsätzlichen Verhaltens

6.3.1.3.1 Bedingter Vorsatz

Der Vorsatznachweis ist regelmäßig nur in Form des bedingten Vorsatzes zu erbringen. „Desperadofälle", in denen es den Infizierten erklärtermaßen oder sonst erkennbar auf eine Ansteckung des Partners ankommt, werden in der Praxis extrem selten sein. Derartige Konstellationen, daß jemand bei Kenntnis seiner eigenen Ansteckung aus Verzweiflung oder Wut gezielt andere anzustecken versucht, haben bis jetzt in der Rechtsprechung keine Rolle gespielt.

6.3.1.3.2 Wissen des Täters, insbesondere Bedeutung des HIV-Antikörpertests

Die Rechtsprechung mißt bei der Feststellung des bedingten Vorsatzes dem Wissen des Angeklagten die zentrale Bedeutung bei. Von dem Wissen des Infizierten über seine Ansteckung und deren potentiellen Auswirkungen auf einen Sexualpartner wird im Einzelfall auf die billigende Inkaufnahme der Infektion des anderen geschlossen. Ein solches Wissen und damit das vorsätzliche Handeln kann daher in der Regel nur Personen nachgewiesen werden, die ihren positiven Serostatus kannten und die ausführlich beraten worden sind.

Zwar wird es Personen geben, die aufgrund ihres Lebenswandels oder womöglich aufgrund gewisser Symptome auch ohne Test mit der Wahrscheinlichkeit einer Infektion rechnen (z. B. Drogenabhängige, die Needlesharing praktizieren). Ob ein bewußtes Nicht-

Wissen-Wollen, das Sich-Sperren gegen die Gewißheit der eigenen HIV-Infektion, für die Annahme eines bedingten Vorsatzes ausreicht, ist umstritten und bisher noch nicht entschieden. In der Praxis wird sich die — angesichts der im Einzelfall stark unterschiedlichen Infektiosität — auch begründete Hoffnung des Betroffenen, er selbst sei nicht angesteckt worden und könne daher auch nicht anstecken, kaum widerlegen lassen. Auch entstehen schwierige Beweisprobleme. Dem Täter muß nämlich auch nachgewiesen werden, daß er selbst mit der Wahrscheinlichkeit, infiziert zu sein, rechnete. Das kann im Effekt dazu führen, daß strafrechtlich nicht belangt wird, wer sich nicht auf HIV hat testen lassen.

6.3.1.3.3 Einfluß der Infektionswahrscheinlichkeit auf den Vorsatz

Aus dem Ausmaß des eingegangenen Risikos lassen sich an sich keine Folgerungen für das Willensmoment beim bedingten Vorsatz ziehen. Grundsätzlich kann sogar trotz ganz geringer Wahrscheinlichkeit einer Infektion bei entsprechendem Willen des Täters Vorsatz gegeben sein. Zwischen dem Wissens- und Wollensmoment besteht jedoch eine gewisse Korrelation: Je geringer die Wahrscheinlichkeit für eine Infektion, um so eher ist eine Fahrlässigkeit zu vermuten — und je höher die Wahrscheinlichkeit, um so eher ist ein vorsätzliches Handeln anzunehmen.

Der Qualität und Intensität des beim Täter vorhandenen Wissens über die Gefährlichkeit seiner Handlungsweise kann also im Einzelfall ein wesentlicher indizieller Hinweis auf das Vorliegen des voluntativen Vorsatzelementes (= Willensmoment) entnommen werden. Die Eintrittswahrscheinlichkeit kann demnach Einfluß auf die Vorstellung und damit auch auf den Vorsatz des HIV-infizierten Täters haben.

Das Urteil des Bundesgerichtshofs ist auf Kritik gestoßen. Beim Willensmoment des Vorsatzes wird es als problematisch angesehen, dem Infizierten zu unterstellen, daß er sich gegenüber dem Partner hinsichtlich einer Ansteckung gleichgültig gezeigt habe, wenn er, wie in dem vom Bundesgerichtshof konkret zu beurteilenden Fall, nachgewiesenermaßen den Verkehr unterbrochen hat, um ein Kondom überzustreifen. Desgleichen wird gefragt, ob bei einem Infizierten, der irgendwelche Vorsichtsmaßnahmen getroffen hat, und der erklärt, eine schwere Körperverletzung oder gar den Tod des Partners in keinem Fall gewollt zu haben, überhaupt ein Verletzungswille vorliege. Es sei auch zu bedenken, daß eine Empfehlung, wie zum Beispiel der Coitus interruptus sei eine Methode, das Risiko entscheidend herabzusetzen, auf den Vorsatz rückwirken könne. Wenn jemand davon Kenntnis habe, daß zum Teil auch offizielle Präventionsträger den Coitus interruptus als vernünftige Methode propagieren, könne er darauf verweisen, hieran geglaubt und sich entsprechend verhalten zu haben. Diese Einlassung könne einen Verletzungsvorsatz unabhängig davon entfallen lassen, ob eine solche Empfehlung bezüglich des Coitus interruptus objektiv richtig sei (vgl. 6.3.1.2).

Der Bundesgerichtshof hat seine Entscheidung zum bedingten Vorsatz folgendermaßen begründet: Die auf den Einzelfall des Angeklagten bezogene Aufklärung durch einen Arzt habe den Vorrang vor allgemein gehaltenen Verhaltensvorschlägen. Auch habe der Angeklagte nicht ernsthaft darauf vertraut, eine Infektion sei ausgeschlossen oder aber der Grad der Wahrscheinlichkeit sei so gering, daß er als gänzlich unerheblich betrachtet werden könne.

Auch diese Einschätzung ist auf Kritik gestoßen. Es wird vorgebracht, der Bundesgerichtshof habe damit eine Risikoeinschätzung zum Vorsatz hochstilisiert. In vergleichbaren Risikolagen, etwa bei Straßenverkehrsverstößen, sei immer nur ein Fahrlässigkeitsdelikt indiziert. Bei der Beurteilung infektionsriskanten Verhaltens werde daher mit dieser Rechtsprechung der Unterschied zwischen bewußter Fahrlässigkeit und bedingtem Vorsatz eingeebnet, um ein als moralisch abzulehnendes und als Übel empfundenes Verhalten zu sanktionieren. Letztlich sei der Bundesgerichtshof aus kriminalpolitischen Erwägungen in diesem Grenzbereich zur Bejahung des Körperverletzungsvorsatzes gekommen, weil er den Angeklagten sonst mangels eines Gefährdungstatbestandes hätte freisprechen müssen.

Andererseits wird dem Bundesgerichtshof in der Literatur auch bestätigt, daß er sich mit seinen Erwägungen zur Frage des bedingten Vorsatzes auf den gewohnten Bahnen höchstrichterlicher Vorsatzlehre bewege.

6.3.1.3.4 Körperverletzungs-, Tötungs- oder Vergiftungsvorsatz

Das Risiko, daß es bei erfolgter Infektion zu einem Ausbruch der Krankheit und letztlich zum Tod kommt, ist um ein Vielfaches höher als die Infektionswahrscheinlichkeit beim Geschlechtsverkehr. Aus diesem Grund wird die Ansicht vertreten, der Bundesgerichtshof hätte mit denselben Argumenten, mit denen er den Gefährdungsvorsatz bei der versuchten gefährlichen Körperverletzung (§ 223 a StGB) bejaht hat, auch den Vorsatz des versuchten Totschlags (§ 212 StGB) bejahen können. Ähnliches gilt nach vereinzelter Meinung auch für den Vorsatz zu einer Vergiftung (§ 229 StGB).

Einen solchen über eine Körperverletzung hinausgehenden Vorsatz hat der Bundesgerichtshof jedoch abgelehnt. Vor dem Tötungsvorsatz stehe eine viel höhere Hemmschwelle als vor dem Gefährdungs- oder Verletzungsvorsatz. Angesichts der unter Umständen sehr langen Latenzzeit bei AIDS sei deshalb in der Regel nicht auszuschließen, daß die Infizierten gehofft hätten, AIDS werde bei ihren Partnern entweder überhaupt nicht oder erst nach Entdeckung eines Heilmittels ausbrechen. Es sei auch durchaus möglich, daß ein Infizierter die Umstände kenne, die sein Verhalten für einen anderen lebensgefährdend machen könnten, ohne doch dabei billigend in Kauf zu nehmen, daß sein Tun zum Tod des Partners führe.

Letztlich hat der Bundesgerichtshof, so wird behauptet, jedoch eine Abgrenzung vom Ergebnis her vorgenommen. Mit der Bejahung nur eines Körperverletzungsvorsatzes wollte er zu einer mittleren Linie bei der strafrechtlichen Beurteilung infektionsriskanten Verhaltens gelangen.

6.3.1.4 Ausschluß strafrechtlicher Verantwortung aufgrund eigenverantwortlicher Selbstgefährdung des Partners

6.3.1.4.1 Selbst- oder Fremdgefährdung bei einverständlichem Sexualverkehr und Aufklärung des Partners

Von der eigenverantwortlichen Selbstgefährdung ist die einverständliche Fremdgefährdung, also die Einwilligung zu riskanten Handlungen des anderen zu unterscheiden. Diese Einwilligung in die eigene Gefährdung wäre allerdings auf dem Gebiet infektionsriskanten Verhaltens nicht von großer Bedeutung, weil die Einwilligung in eine Lebensgefährdung, zumindest nach verbreiteter Auffassung, sittenwidrig und damit unwirksam sei.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung diese Abgrenzung von Selbst- und Fremdgefährdung bei sexuellem Umgang HIV-infizierter Personen bewußt offengelassen. Eine solche Trennungslinie zwischen strafloser Beteiligung an einer Selbstgefährdung und strafbarer Teilnahme oder Täterschaft bezüglich einer Fremdgefährdung ist nicht immer klar. Insbesondere läßt sich die Grenze beim einverständlichen ungeschützten Sexualverkehr nur schwer ziehen.

Diese schwierige und in der strafrechtlichen Literatur umstrittene Frage hat das Bayerische Oberste Landesgericht in seiner Entscheidung vom 15. September 1989 nicht weiter vertieft. Vielmehr hat es festgestellt, daß eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung des Sexualpartners eines HIV-Infizierten vorliege, wenn er von der Infektion wisse und dennoch in den ungeschützten Verkehr einwillige. Beim einverständlich vorgenommen Geschlechtsverkehr beherrschten beide Partner das Geschehen gemeinsam. Jeder von ihnen habe grundsätzlich jederzeit die Möglichkeit, in den Geschehensablauf steuernd einzugreifen, indem er den Sexualkontakt abbreche oder dessen Gefährlichkeit, z. B. durch Verwendung von Kondomen, wesentlich verringere.

6.3.1.4.2 Grenzen einer Eigenverantwortlichkeit des Partners

Der Rechtsgedanke einer Selbstschädigung des Partners kann jedenfalls dann nicht zu einer Straflosigkeit des Infizierten führen, wenn der Partner die Reichweite des eingegangenen Risikos nicht abschätzen kann und er damit zu einer eigenverantwortlichen Risikoabwägung nicht mehr in der Lage ist. Dies wird im wesentlichen nur bei Unkenntnis von der Infizierung des anderen und bei einer Unreife des Partners in dessen geistiger und sittlicher Entwicklung angenommen.

Unkenntnis des Partners läßt aber nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs selbst dann die Strafbarkeit des Infizierten unberührt, wenn der Partner Anlaß zur Vermutung einer Infektion des anderen hatte, also etwa bei anonymem Sex in einem Sex-Club, beim Sexualverkehr mit einer drogenabhängigen Prostituierten oder beim Besuch einer Homosexuellen-Sauna.

Die Begründung des Bundesgerichtshofs, „es geht nicht an, die Verantwortung für das Vermeiden einer so schwerwiegenden Gefahr von demjenigen, von dem die Gefährdung ausgeht und der dies weiß, auf den Gefährdeten zu verlagern, mag dieser sich auch unvorsichtig verhalten" haben, ist teilweise auf Kritik gestoßen. Dagegen wird in der Rechtsliteratur insbesondere vorgebracht, daß dies zumindest nicht für alle Situationen gelten könne. Die Strafbarkeit des Täters im Falle einer Selbstschädigung des Opfers setze immer ein überlegenes Sachwissen, also einen entscheidenden Wissensvorsprung beim Täter voraus. Ein solcher sei aber zu verneinen, wenn eine große Wahrscheinlichkeit für einen Verkehr mit einer infizierten Person spreche, insbesondere dann, wenn in einer solchen Situation etwa der Prostitutionskunde nichts von der Gefährdung wissen will und auf ungeschütztem Sexualverkehr besteht. Dabei sei auch zu berücksichtigen, was in der heutigen Zeit über die Verbreitung von HIV-Infektionen in bestimmten Milieus und unter bestimmten Gruppen allgemein bekannt ist. Eine gedankenlose und übermäßige Leichtfertigkeit einer Person, die Kenntnis ihrer potentiellen Gefährdung hat, müsse zumindest im Ergebnis dazu führen, ein vom Infizierten begangenes Unrecht zu verneinen.

Dem wird entgegengehalten, daß dies allenfalls für Ausnahmefälle gelten könne. Das Wissen, sich in einem riskanten Bereich zu bewegen, sei für die Entscheidungsfindung einer Person nicht mit dem Wissen vergleichbar, daß der Partner tatsächlich HIV-infiziert ist. Keinesfalls dürfe, wenn der geschützte Geschlechtsverkehr durch Täuschung des Partners erschlichen wurde, von einem erlaubten Risiko gesprochen werden.

Schließlich werden rechtspraktische Gründe dafür angeführt, in bestimmten Milieus und im Verkehr mit bestimmten Gruppenangehörigen hohe Anforderungen an die Eigenverantwortlichkeit des Partners zu stellen. So sei für den Bereich des Gelegenheitssexes mit Zufallsbekanntschaften prozessual sehr schwer nachweisbar, ob Aufklärung über die eigene Infektion vorgenommen oder unterlassen wurde.

6.3.2 Strafverfolgung von HIV-Infizierten*)

6.3.2.1 Sinn und Grenzen des Strafrechtseinsatzes

Die strafrechtliche Rechtsprechung hat dazu geführt, daß HIV-Infizierte, die ohne Information ihres Partners und ohne Kondom Sexualverkehr ausüben, zur Verantwortung gezogen werden. Hieraus erwächst eine Diskrepanz zur überwiegenden Praxis der Präventionsträger. Dort wird überwiegend die Auffassung vertreten, daß mit gefahrabwehrenden Kontroll- und Zwangsmaßnahmen wenig zu erreichen sei und daß deshalb auf die individuelle Verantwortung jedes einzelnen gesetzt und versucht werden müsse, Zwangsmaßnahmen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Diese unterschiedliche Einstellung beruht letztlich auf den mindestens teilweise verschiedenen Zielen des Strafrechts und der Gesundheitsverwaltung. Letzterer geht es um möglichst wirksame Verhinderung weite-

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 367 ff.

rer Infektionen, beim Strafrecht dagegen in erster Linie um die Ahndung bereits geschehenen Unrechts. Zwar dient das Strafrecht nicht nur der Sühne, sondern auch der Abschreckung des Täters und der Allgemeinheit und damit der Durchsetzung von Verbots- und Gebotsnormen. Im Vordergrund steht aber die Sühne für begangenes Unrecht.

6.3.2.2 Probleme bei der Feststellung und Bewertung der „Schuld" HIV-Infizierter durch die Strafgerichte

Bei den HIV-Fällen widersprechen sich meist die Aussagen der beiden am Sexualverkehr Beteiligten darüber, ob der HIV-Infizierte über seine Infektion aufgeklärt bzw. ob er ein Kondom benutzt hat. In solchen Fällen ist es für die Glaubwürdigkeit des Belastungszeugen von Bedeutung, ob bei ihm ein Motiv für eine Falschaussage erkennbar ist. Die Klärung dieser Frage kann bei den HIV-Fällen dadurch erschwert werden, daß es beispielsweise bei Freiern zu Verdrängungen und unbewußten Schuldzuweisungen an die Prostituierten kommen kann, die sich auf das Aussageverhalten der Freier auswirken können. Dies ist insbesondere bei Freiern möglich, die Schwierigkeiten haben, zu ihrem Verhalten zu stehen.

Ähnliche Probleme bestehen bei der Bewertung der Vorstellungen der HIV-Infizierten. Bei ihnen kann die stark sexuell geprägte Tatsituation Verdrängungen begünstigen, die dazu führen, daß sie vage Hoffnungen („Hoffentlich geht es gut.") in konkrete Gewißheiten („Es geht sicher gut.") ummünzen, wie man das umgekehrt auch bei den Freiern beobachten kann. Auch kann es bei den Infizierten bei der Verarbeitung der Diagnose „HIV-positiv" zu chaotischen Persönlichkeitsphasen mit Beeinträchtigungen der Rationalität kommen. Der Einfluß dieser Umstände auf die Vorstellungen der HIV-Infizierten läßt sich im Strafverfahren nachträglich nur schwer aufklären, während der Nachweis, daß die HIV-Infizierten über ihre „Pflichten" belehrt worden sind, regelmäßig leicht möglich ist.

In der Praxis hängt der Ausgang solcher Zweifelsfälle nur davon ab, wie der Tatrichter sie beurteilt. Zwar reichen bloße Wahrscheinlichkeiten für eine Verurteilung nicht aus. Aber es muß nicht jedermann, sondern nur der Tatrichter von der Schuld des Angeklagten überzeugt sein. Ist das der Fall, spielt es keine Rolle, ob objektiv auch andere Möglichkeiten denkbar sind.

So hat der Bundesgerichtshof ausgeführt, „die Schlußfolgerungen, die der Tatrichter aus dem festgestellten Sachverhalt zieht, brauchen nicht unbedingt zwingend zu sein; es genügt vielmehr, daß sie möglich und nachvollziehbar sind" (BGHSt 36, S.1, 14).

Hinzu kommt, daß bei der Prüfung der Verantwortung der HIV-Infizierten und der Bewertung ihrer Schuld naturgemäß die konkrete Tat und die Möglichkeit der Infizierten im Vordergrund stehen, in dieser Situation auch anders zu handeln. Gerade in Bereich des Sexuellen kann es aber ein Getriebensein geben, daß sich in seiner vollen Tragweite erst erschließt, wenn man das Verhalten des Betroffenen über einen längeren Zeitraum hinweg erfaßt und bewertet. Das Strafverfahren ist nur sehr bedingt geeignet, solches Handeln von Infizierten zu thematisieren, aufzuarbeiten und zu verändern.

Schließlich kann es auch aufgrund des weiten Strafrahmens (fünf Tagessätze Geldstrafe bis fünf Jahre Freiheitsstrafe) zu sehr unterschiedlichen Strafen kommen. Dazu trägt ferner bei, daß der Tatrichter die für die Zumessung bestimmenden Umstände im Urteil lediglich anführen muß. Er ist nicht verpflichtet, im Urteil konkret aufzuschlüsseln, in welchem Ausmaß er die Strafe des Angeklagten wegen dieser Umstände erhöht oder ermäßigt hat. Deshalb läßt sich die tatrichterliche Strafzumessung nie konkret nachvollziehen. Sie kann, wenn die Aufzählung der für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände vollständig und richtig ist, nur daraufhin überprüft werden, ob zwischen Schuld und Strafe ein „offensichtlich grobes Mißverhältnis" besteht (BGHSt 17, S. 35(36 f)).

Die Besonderheiten des Strafverfahrens machen deutlich, warum es zumal im Rahmen der Strafzumessung zu unterschiedlichen Entscheidungen kommen kann. Geht beispielsweise ein Strafrichter an einen Fall mit der Einstellung heran, daß sich der Angeklagte außerhalb der Rechtsordnung gestellt hat und daß es nun darauf ankommt, die Gemeinschaft der rechtstreuen Bürger vor dem Angeklagten zu schützen, so kann er zu einem anderen Strafmaß kommen, als wenn er sich bei seiner Entscheidung von der Einstellung leiten läßt, daß der Angeklagte Schwierigkeiten mit der Rechtsordnung hat und daß ihm geholfen werden muß, sich wieder in die Rechtsgemeinschaft einzufügen.

II. Auswertungen

6.3.3.1

Insbesondere das Urteil des Bundesgerichtshofs hat klargestellt, daß es im Bereich des infektionsriskanten Sexualverhaltens keinen rechtsfreien Raum geben darf. Angesichts der wertbildenden Bedeutung des Strafrechts kann die Rechtsprechung möglicherweise eine Vorstellung in der allgemeinen Bevölkerung verankern, daß HIV-Infizierte eine Rechtspflicht haben, andere nicht zu gefährden und zumal beim Sexualverkehr Kondome zu verwenden bzw. den Partner zu informieren.

6.3.3.2

Es wäre allerdings verhängnisvoll, wenn diese Rechtsprechung in der Bevölkerung zu der Vorstellung führen würde, daß wegen der Rechtspflicht der HIV-Infizierten eigene Vorsicht weniger wichtig ist. Dazu könnte ein Verständnis der Rechtsprechung beitragen, daß das Vertrauen auf das normgemäße Verhalten der HIV-Infizierten selbst bei beiderseitigen Risikokontakten und bei Leichtsinn des Partners für schützenswert gehalten wird.

6.3.3.3

Nach der strafrechtlichen Rechtsprechung gilt beim Analverkehr schon die Verwendung jedes handelsüblichen Kondoms als ausreichende Schutzmaßnahme. Andere Schutzvorkehrungen werden dagegen als nicht ausreichend angesehen. Auch der Oralverkehr wird nach der Rechtsprechung als möglicherweise riskant eingeschätzt.

Abweichend davon warnen manche Präventionsträger davor, beim Analverkehr die üblichen dünnwandigen Kondome zu benutzen. Nach ihrer Einschätzung sei dies zumindest für den rezeptiven Partner mit mehr Risiko verbunden als der Abbruch des Analverkehrs vor dem Samenerguß. Der Oralverkehr wird in den Präventionskampagnen, z. B. in der Schweiz und in den Niederlanden, ausdrücklich als unbedenklich bezeichnet, wenn keine Ejakulation in den Mundraum erfolgt.

Für die Rechtsprechung in der Bundesrepublik Deutschland und für die Prävention insgesamt ist es wichtig, in diesen Fragen zu einheitlichen Bewertungen und Empfehlungen zu kommen.

6.3.3.4

In der Kommission bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, was von HIV-Infizierten von Rechts wegen verlangt werden kann, wenn beide wissentlich ein Risiko eingehen.

Der eine Teil der Kommission vertritt unter Berufung auf die strafrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bayerischen Obersten Landesgerichts die Auffassung, daß HIV-Infizierte bei solchen Risikokontakten zwischen der Aufklärung des Partners und der Benutzung von Kondomen wählen dürfen. Soweit von ihnen mehr verlangt werde wie etwa, daß sie sich auch bei Risikokontakten nicht mit der Benutzung von Kondomen begnügen dürften, sondern den Partner immer aufklären müßten, handele es sich nicht um Rechtspflichten, sondern um moralische Postulate.

Der andere Teil der Kommission hält dem entgegen, daß keinesfalls alles erlaubt sei, was nicht unter Strafe gestellt sei. Es dürfe sich nicht die Vorstellung breit machen, von HIV-Infizierten dürfe bei Risikokontakten nicht mehr verlangt werden als die Benutzung von Kondomen.

Dem müsse durch Aufklärung der Infizierten, die alle Anforderungen verantwortlichen Verhaltens umfasse, entgegengewirkt werden. Vor allem könne es nicht angehen, den Infizierten die Vorstellung zu vermitteln, sie hätten bereits alles rechtlich Gebotene getan, wenn sie sich nur in irgendeiner Weise um Beachtung der Regeln von Safer Sex bemühten. Den Infizierten dürfe vor allem nicht, etwa wegen der Rechtsprechung zum bedingten Körperverletzungsvorsatz, vom Test abgeraten werden.

6.3.3.5

Es wäre verhängnisvoll, wenn die Rechtsprechung und/oder die Kritik an ihr viele Infizierte davon abhielte, bei Schwierigkeiten mit der Veränderung ihres sexuellen Verhaltens Beratung in Anspruch zu nehmen. Dies könnte im Endeffekt dazu führen, daß mehr Infektionen verursacht als verhindert werden. Dadurch dürfen jedoch keine rechtsfreien Räume entstehen. Die Kommission sieht es deshalb als erforderlich an, dem unerwünschten Effekt entgegenzuwirken. Dazu eignet sich zumal die Einführung eines umfassenderen Geheimnisschutzes für das Beratungsverhältnis (vgl. Unterabschnitt 4 **Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen).**

6.3.3.6

Die Einführung eines neuen Gefährdungstatbestandes dient normalerweise der Ausweitung oder wenigstens der Vorverlagerung der Strafbarkeit. Ob das bestehende Strafrecht ausreicht oder ein besonderer Straftatbestand für die wissentliche Gefährdung eines anderen durch riskantes Verhalten eines HIV-Infizierten geschaffen werden sollte, läßt sich derzeit noch nicht abschließend beurteilen. Die Entscheidung hängt letztlich von der Entwicklung der Rechtsprechungspraxis zu der Frage des bedingten Körperverletzungsvorsatzes bei Risikokontakten ab. Die Strafbarkeit des Versuchs einer gefährlichen Körperverletzung kann bei entsprechender Handhabung die Einführung eines speziellen Gefährdungstatbestandes erübrigen.

6.3.3.7

Insgesamt ist die Kommission der Auffassung, daß das vorhandene strafrechtliche Instrumentarium zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS derzeit nicht erweitert werden sollte. Die Kommission geht davon aus, daß durch die Rechtsprechung das Rechtsgebot, andere nicht wissentlich der Gefahr einer HIV-Infektion auszusetzen, zum allgemeinen Verhaltensmaßstab wird. Dabei muß aber auch gewährleistet sein, daß bei der Anwendung des Strafrahmens die jeweils besondere Lebenssituation des HIV-Infizierten angemessen berücksichtigt wird.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 4: Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen

Einleitung

In den letzten Jahren ist „Beratung" zu einem Schlüsselbegriff der psychosozialen Angebote an die Bevölkerung geworden. Staatliche Stellen wie auch andere Institutionen und Organisationen sehen es immer mehr als ihre Aufgabe an, demjenigen, der in soziale Konflikte gerät oder zu geraten droht, Informations- und Orientierungshilfen anzubieten, um ihm durch sozialpräventive Maßnahmen zu helfen.

Inzwischen ist durch verschiedene gesetzliche Regelungen ein Recht des Bürgers auf bzw. die Pflicht des Staates zur Beratung festgelegt (z. B. Erziehungsberatung als Pflichtaufgabe der Jugendämter gem. § 5 Abs. 1 Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG), Beratung als einklagbarer Anspruch nach § 14 Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil (SGB-AT)). Dabei werden zahlreiche Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Psychologen in den Beratungsstellen eingesetzt. Der Erfolg ihrer Bemühungen hängt entscheidend von dem Vertrauen ab, das ihnen entgegengebracht wird. § 203 Strafgesetzbuch (StGB), der eine strafrechtlich sanktionierte Verschwiegenheitspflicht für Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte usw. enthält, wurde deshalb 1974 (BGBl I, S. 469) um einige Berufsgruppen erweitert: Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung (§ 203 Abs. 1 Nr. 2 StGB), Ehe-, Erziehungs-, Jugend- oder Suchtberater in Beratungsstellen, die von einer Behörde oder Kör-

perschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt sind (§ 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB), sowie staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen (§ 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB).

Unter dem Gesichtspunkt der Versorgung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken hat die Frage der Schweigepflicht und des Zeugnisverweigerungsrechts für die in diesem Bereich Tätigen eine große Bedeutung gewonnen. Die Akzeptanz insbesondere der AIDS-Hilfen sowie der zunehmend eingerichteten AIDS-Beratungsstellen wird von der Diskretion derjenigen bestimmt, die in diesem Bereich tätig sind, das heißt, ob und inwieweit die Hilfesuchenden sich auf deren Verschwiegenheit verlassen können. In dieser Hinsicht haben ein gewachsenes Datenschutzbewußtsein und Ängste vor Auskunftspflichten zu einer starken Sensibilisierung der Hilfesuchenden beigetragen.

6.4.1 Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen

I. Bestandsaufnahme

Das Vertrauen in die Verschwiegenheit der Mitarbeiter von AIDS-Beratungsstellen und AIDS-Hilfen ist nicht ausreichend gewährleistet, da § 203 StGB bei Schweigepflichtverletzungen nur den dort abschließend aufgeführten Personenkreis mit Strafe bedroht. Zwar unterliegen Mitarbeiter einer solchen Beratungsstelle der Schweigepflicht, soweit sie den in § 203 StGB genannten Berufsgruppen zum Beispiel als Ärzte, Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung (Diplompsychologe), Sozialarbeiter und Sozialpädagogen angehören oder soweit sie Funktionen etwa nach § 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB in anerkannten Beratungsstellen erfüllen. In den AIDS-Beratungsstellen üben jedoch nicht nur solche Personen Beratung, Betreuung, Versorgung aus, sondern auch zunehmend Personen mit anderen Qualifikationen und zwar teils haupt-, teils ehrenamtlich.

Dies führt zu dem wenig einleuchtenden Ergebnis, daß die Mitarbeiter einer AIDS-Beratung der Schweigepflicht unterliegen, wenn sie Angehörige der bisher in dieser Vorschrift aufgezählten Berufsgruppen sind, nicht jedoch dann, wenn sie einen anderen staatlich anerkannten Ausbildungsabschluß haben. Eine solche Ungleichbehandlung ist umso weniger einsichtig, als derjenige, der die angebotenen Dienste in Anspruch nimmt, in der Regel nicht weiß und dieses Wissen für ihn auch nicht wichtig ist, ob der jeweilige Berater über einen — und gegebenenfalls welchen — staatlich anerkannten Berufsabschluß verfügt.

Entsprechend der zunehmenden Bedeutung der Ehe-, Erziehungs-, Jugend- und Suchtberatung unterwarf der Gesetzgeber 1974 die in diesem Bereich tätigen Berater der Schweigepflicht. Anknüpfungspunkt für die Strafbarkeit der Schweigepflichtsverletzung war bei dieser Regelung nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, sondern vielmehr die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit in der Beratungsstelle. Zur Eingrenzung des schweigepflichtigen Personenkreises verlangt jedoch § 203 StGB, daß es sich um eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannte Beratungsstelle handelt.

II. Auswertung

Der zentrale Gesichtspunkt für die Ausweitung der strafbewehrten Schweigepflicht auf AIDS-Beratung ist die Steigerung der Akzeptanz der Beratungsstellen. Die AIDS-Beratungsstellen und damit auch die AIDS-Hilfen sollten den Drogenberatungsstellen gleichgestellt werden. Dies dient dem Schutz der Beratenen und Betreuten.

Für diese Lösung spricht auch der enge Zusammenhang mit der vergleichbaren Problematik in der Drogenberatung. Denn aufgrund der hohen Verbreitung der HIV-Infektion bei i.v.-Drogenabhängigen ergeben sich Überschneidungen. Viele Drogenabhängige bzw. ehemalige Drogenabhängige suchen Hilfe bei AIDS-Beratungsstellen. Das Bemühen um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wird jedoch in Frage gestellt, wenn solche Ratsuchenden mit dem Hinweis auf die rechtliche, bessere Absicherung an die Drogenberatung verwiesen werden müßten.

Eine solche Verschwiegenheitspflicht würde sich auch auf die ehrenamtlichen Berater erstrecken. Ge-

mäß § 203 Abs. 3 StGB unterliegen die „berufsmäßig tätigen Gehilfen" der in § 203 Abs. 1 StGB genannten Personengruppen der Schweigepflicht. Gehilfe im Sinne des § 203 Abs. 3 StGB ist nach überwiegender Rechtsauffassung auch der ehrenamtliche Helfer, er muß lediglich eine schweigepflichtige Person in ihrer Funktion unterstützen. Da die ehrenamtlichen Berater der Anleitung und Aufsicht der in den Beratungsstellen tätigen, hauptamtlichen Personen unterliegen und sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen, wären auch sie der Verschwiegenheitspflicht unterworfen. Demnach ist das Vertrauen des Hilfesuchenden auf die Diskretion der Beratung geschützt, ohne daß er ermitteln müßte, ob der Berater den bisher in § 203 Abs. 1 StGB genannten Personengruppen angehört und/oder der Berater seine Tätigkeit haupt- oder ehrenamtlich ausübt.

III. Empfehlung

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, im StGB eine strafbewehrte Verschwiegenheitspflicht für Berater in AIDS-Fragen in anerkannten Beratungsstellen einzuführen, der durch folgende Änderung des § 203 Abs. 1 Nr. 4 StGB Rechnung getragen werden könnte:

„4. Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für *AIDS- und* Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, ..."

Durch eine derartige Regelung wären die ehrenamtlichen Berater mit einbezogen.

6.4.2 Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen

I. Bestandsaufnahme

6.4.2.1 Ausgangslage

Wie bereits dargelegt, stellt das Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeitern in Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen und den Hilfesuchenden eine unverzichtbare Grundlage dar. Der Hilfesuchende muß davon ausgehen können, daß der Berater die Inhalte der Beratungsgespräche keinem Dritten mitteilt. Dieses Vertrauen wird verfassungsrechtlich durch das informationelle Selbstbestimmungsrecht in Schutz genommen (Artikel 1, Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG)), das zumal von dem Gedanken strikter Zweckbindung in der Datenverarbeitung beherrscht wird. Es ist auch Voraussetzung für eine wirksame Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken wie für eine effektive Drogenberatung. Damit dient es zugleich dem Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Schließlich handelte der Staat widersprüchlich, wenn er einerseits den Betroffenen empfiehlt, sich einer geeigneten Person anzuvertrauen, dann aber auf in Vertrauen mitgeteilte Daten zu ganz anderen Zwecken zurückgreifen würde.

Das Vertrauensverhältnis wird jedoch in Frage gestellt, wenn die Mitarbeiter in diesen Beratungsstellen verpflichtet sind und sogar durch Auferlegung von Ordnungsgeld und Ordnungshaft gezwungen werden können, in Strafverfahren als Zeugen über Dinge auszusagen, die ihnen in Beratungsgesprächen anvertraut wurden.

Ausnahmsweise räumt die Strafprozeßordnung (StPO) bestimmten Personen das Recht ein, eine Aussage zu verweigern. So gibt § 53 StPO den Angehörigen bestimmter Berufe ein Zeugnisverweigerungsrecht mit Rücksicht auf das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und denjenigen, die sich ihrer Hilfe und Sachkunde bedient haben. Dieses Vertrauensverhältnis soll durch das allgemeine Interesse an Sachverhaltsaufklärung und Wahrheitsfindung nicht behindert werden, in dem Geistliche, Rechtsanwälte, Ärzte usw. später einmal als Zeugen darüber vernommen werden, was ihnen zuvor anvertraut oder bekannt geworden ist. Außerdem sollen die in § 53 StPO genannten Personen aus der Zwangslage eines Pflichtenwiderstreits — Wahrung des Vertrauens oder Berücksichtigung des allgemeinen Interesses an der Aufklärung einer Straftat — befreit werden.

Mitarbeiter von AIDS- und Suchtberatungsstellen, die nicht aufgrund ihres Berufs als Ärzte, Geistliche, Rechtsanwälte usw. privilegiert sind, können jedoch ein Zeugnisverweigerungsrecht nicht in Anspruch nehmen. Die Folgen waren bei Drogenberatern — wenn auch nur in wenigen Fällen — Zeugniszwang in Strafverfahren und Beschlagnahme von Akten und Schriftstücken. Wenngleich diese Vorkommnisse of-

fensichtlich nicht sehr häufig sind, so haben sie doch zu einer Verunsicherung bei den Hilfesuchenden und Mitarbeitern der AIDS- und Suchtberatungsstellen sowie zu Störungen in der Beratung und Betreuung beigetragen. Schon die bloße Möglichkeit eines derartigen Zugriffs wird verschiedentlich als Umstand gewertet, der dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses entgegenwirkt.

Auch eine Verweisung auf § 53 a StPO, nach dem den Berufshelfern der in § 53 StPO genannten Personen ein Zeugnisverweigerungsrecht zusteht, also zum Beispiel der Arzthelferin, würde nicht greifen. Viele AIDS- und Suchtberatungsstellen sind weder so organisiert noch personell so besetzt, daß gesagt werden könnte, die Berater seien Berufshelfer z. B. eines Arztes oder eines Rechtsanwaltes. Vielmehr arbeiten sie entsprechend dem psychosozialen und pädagogischen Hilfsangebot und ihrer spezifischen Kompetenz eigenständig. Die Zusammenarbeit mit einem Arzt erfolgt in der Regel auf der Basis freier Mitarbeit. Sie gibt ihm keine Funktion und keinen Kenntnisstand über die Hilfesuchenden, aus dem heraus die AIDS- und Suchtberater zu seinen Berufshelfern definiert werden könnten.

6.4.2.2 Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht

Das Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 StPO und die Strafdrohung des § 203 StGB wegen Verletzung von Privatgeheimnissen korrespondieren zwar; beide Vorschriften stimmen aber weder in ihren Voraussetzungen noch in ihren Wirkungen überein.

Während § 203 StGB Strafe für den Bruch eines dem Berufsausübenden anvertrauten oder bekanntgewordenen Geheimnisses androht, ermächtigt § 53 StPO zur Verweigerung des Zeugnisses über die dem Zeugen bei seiner Berufsausübung bekannt gewordenen Tatsachen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie geheim, also höchstens einem beschränkten Personenkreis bekannt sind oder nicht. Unterschiedlich ist vor allem der betroffene Personenkreis. Psychologen, Sozialarbeiter und -pädagogen sowie Suchtberater haben kein Zeugnisverweigerungsrecht, unterliegen jedoch der Strafdrohung des § 203 StGB, während umgekehrt Geistliche, Abgeordnete und bei Presse und Rundfunk Beschäftigte weigerungsberechtigt, aber nach § 203 StGB nicht strafbedroht sind. Der nach § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtete Personenkreis ist erheblich weiter gefaßt als der der Zeugnisverweigerungsberechtigten nach § 53 StPO, weil der Schutz vor Verletzung beruflicher Verschwiegenheitspflichten sachlich-rechtlich umfassender sein kann als das Recht zur Zeugnisverweigerung, das zum Wegfall von wichtigen Beweismitteln für die Sachaufklärung und daher zu einer ernstlichen Behinderung der Strafrechtspflege führen kann.

Auch hinsichtlich der Voraussetzungen beider Vorschriften bestehen Unterschiede. Strafbar ist nach § 203 StGB nur der Geheimnisbruch. Das Zeugnisverweigerungsrecht betrifft dagegen auch anvertraute oder bekannt gewordene Tatsachen ohne Rücksicht darauf, ob sie ein „Geheimnis" enthalten.

Die Auffassung, aus der sachlich-rechtlichen Schweigepflicht folge ohne weiteres das Zeugnisverweigerungsrecht, wird vom geltenden Recht nicht gestützt.

II. Auswertung

6.4.2.3 Zeugnisverweigerungsrecht

Sowohl den Mitarbeitern in AIDS- als auch in Suchtberatungsstellen sollte ein Zeugnisverweigerungsrecht in der Strafprozeßordnung eingeräumt werden. Hierfür sind mehrere Gründe maßgeblich: Die Vertraulichkeit als Grundvoraussetzung jeder unabhängigen Drogen- und AIDS-Beratung — ein solches Vertrauensverhältnis zum Berater ist unabdingbare Voraussetzung für die Arbeit — ist störanfälliger denn je geworden. Hierzu tragen ein gewachsenes Datenschutzbewußtsein und verbreitete Ängste vor Zwangsmaßnahmen im Zusammenhang mit AIDS besonders bei. Mit einer Aufnahme dieser Mitarbeiter in § 53 StPO würde der Gesetzgeber zu erkennen geben, daß er der gewünschten sozial- und gesundheitspolitischen Strategie im Umgang mit der Sucht- und AIDS-Problematik den Vorzug vor einer kriminalpolitischen Strategie gibt oder zumindest den gleichen Rang einräumt. Es wäre auch widersinnig, Möglichkeiten der Prävention, Beratung, Versorgung und Therapie derjenigen Beratungsstellen zu gefährden oder in Frage zu stellen, die er bereitstellt oder maßgeblich unterstützt. Da sich Mitarbeiter von AIDS- und Suchtberatungsstellen nur dann auf ein Zeugnisverweigerungsrecht nach § 53 a StPO berufen können, wenn sie Gehilfen der in § 53 StPO genannten Berufsgruppen sind, ist das Zeugnisverweigerungsrecht von der Organisationsform der Beratungsstellen abhängig. Sofern der Leiter dieser Beratungsstelle eine Person aus dem Kreis der in § 53 StGB Abs. 1 Nr. 1 — 4 StPO Genannten ist — dies ist aber äußerst selten —, steht den Mitarbeitern schon jetzt ein abgeleitetes Zeugnisverweigerungsrecht zu. Die Zufälligkeit einer Organisationsform kann jedoch nicht ausschlaggebend für das Vorliegen eines Zeugnisverweigerungsrechts sein. Für den Hilfesuchenden ist allein maßgeblich, daß die dem Berater — gleichgültig welcher Fachrichtung und mit welchem Berufsabschluß — vermittelten Kenntnisse in jedem Fall gegenüber Dritten geschützt sind.

Auch das unmittelbar aus dem Grundgesetz hergeleitete Zeugnisverweigerungsrecht, wie es vom Bundes-

verfassungsgericht im Einzelfall anerkannt ist, beseitigt die Rechtsunsicherheit nicht.

Die mehrfache Erweiterung des Kreises der Zeugnisverweigerungsberechtigten in der Vergangenheit

- Gesetz zur Änderung der StPO vom 27. Dezember 1926 (RGBl I, S. 529), Erweiterung auf Redakteure, Verleger, Drucker;
- 3. Strafrechtsänderungsgesetz vom 4. August 1953 (BGBl I, S. 735), Erweiterung auf Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Abgeordnete, Rundfunkangehörige und die Gehilfen der zeugnisverweigerungsberechtigten Personengruppen;
- Gesetz zur Änderung der StPO und des Gerichtsverfassungsgesetzes vom 19. Dezember 1964 (BGBl I, S. 1067), Erweiterung auf Steuerbevollmächtigte;
- Gesetz zur Reform des Strafrechts vom 18. Juni 1974 (BGBl I S. 1297), Erweiterung auf Mitarbeiter von Stellen, die eine Beratung im Rahmen eines Schwangerschaftsabbruchs durchführen, läßt die Absicht des Gesetzgebers erkennen, im Interesse der sachgerechten Ausübung einer Reihe von Berufen und Tätigkeiten auf die uneingeschränkte Zeugnispflicht zu verzichten. Der Gesetzgeber hat damit dem Umstand Rechnung getragen, daß der Einzelne bei der zunehmenden Kompliziertheit des Lebens in immer mehr Fragen fremden Rat und fremde Hilfe in Anspruch nehmen muß. Das gilt in zunehmendem Maße auch im Hinblick auf die Heil- und Beratungsberufe, deren Bedeutung in den letzten Jahren ständig zugenommen hat.

Im Interesse der Strafrechtspflege jedoch ist gegenüber den Wünschen nach Ausdehnung des Zeugnisverweigerungsrechts auf weitere Berufsgruppen größtmögliche Zurückhaltung geboten. Jede Ausdehnung dieses Rechts schränkt die Beweismöglichkeiten der Strafverfolgungsbehörden zur Erhärtung oder Widerlegung des Verdachts strafbarer Handlungen ein und erhöht die Gefahr von Fehlurteilen. Darauf hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 19. Juli 1972 hingewiesen, mit der es § 53 StPO, soweit diese Bestimmung Sozialarbeitern ein Zeugnisverweigerungsrecht nicht einräumt, für verfassungsgemäß erklärt hat. Nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts setzt das Rechtsstaatsprinzip dem Gesetzgeber bei der Erweiterung des Zeugnisverweigerungsrechts enge Grenzen. Soweit der Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit die Idee der Gerechtigkeit als wesentlichen Bestandteil enthalte, verlange er auch die Aufrechterhaltung einer funktionstüchtigen Rechtspflege. Die Einräumung von Aussageverweigerungsbefugnissen aus beruflichen Gründen bedürfe daher stets einer besonderen Legitimation, um vor der Verfassung Bestand zu haben.

Auch in Anbetracht des grundsätzlichen Vorrangs der Interessen der Strafrechtspflege erscheint es jedoch zum Zweck einer wirksamen AIDS-Prävention dringend geboten, das Zeugnisverweigerungsrecht auf die Mitarbeiter von AIDS- und Suchtberatungsstellen auszudehnen. Wer sich in einer besonderen Notlage einem anderen anvertraut, den der Staat hierzu eigens legitimiert, muß darauf vertrauen können, daß der Zweckzusammenhang bei der Preisgabe personenbezogener Daten soweit wie irgend möglich gewahrt bleibt.

Die Aufnahme von AIDS- und Suchtberatern in § 53 StPO führt auch nicht zu einer nicht hinnehmbaren Ausweitung des Zeugnisverweigerungsrechts. Eine zu befürchtende Ausuferung wird ausgeschlossen, da sich das geforderte Zeugnisverweigerungsrecht nur auf Berater für AIDS- und Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer *Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, beziehen soll, also auf eine überschaubare Personengruppe* und selbst dabei nur auf die in Ausübung dieser Funktion erlangten Kenntnisse.

Finanzierung aus öffentlichen Mitteln ist dabei noch nicht als zureichender Grund für eine solche Anerkennung anzusetzen.

Eine solche Regelung würde sich auch in die Gesetzessystematik einfügen, denn für Mitarbeiter von Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstellen (§ 218 b Abs. 2 Nr. 1 StGB) ist ebenfalls ein Zeugnisverweigerungsrecht in § 53 StPO vorgesehen.

6.4.2.4 Beschlagnahmeverbot

Die für notwendig erachtete Erweiterung des Zeugnisverweigerungsrechts sollte durch Änderungen des § 97 StPO (Beschlagnahmeverbot) ergänzt werden. Diese Änderungen sollen verhindern, daß bei Personen, die die Aussage verweigern können, durch eine Beschlagnahme von Schriftstücken und Unterlagen Tatsachen ermittelt werden, die dem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen. Das vorgeschlagene Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in AIDS- und Suchtberatungsstellen bedingt deshalb eine entsprechende Erweiterung des Beschlagnahmeverbots.

6.4.2.5 Schlußfolgerung

Die Kommission geht davon aus, daß ihr Vorschlag zum Zeugnisverweigerungsrecht und zum Beschlagnahmeverbot zwar nicht schon kraft Verfassung geboten, aber auch nicht verfassungsrechtlich verboten ist. Der Vorschlag liegt somit verfassungsrechtlich innerhalb des gesetzgeberischen Entscheidungsspielraums.

Die Kommission ist der Ansicht, daß bei der Abwägung des Für und Widers dem erwarteten Nutzen ihres Vorschlags für die AIDS-Prävention ein Vorrang gegenüber den zu befürchtenden Einbußen an Funktionsfähigkeit bei der Strafrechtspflege zukommt.

III. Empfehlungen *)

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag

6.4.3.1

die Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen sowie eine Ergänzung des Beschlagnahmeverbots, dem durch folgende Gesetzesänderungen Rechnung getragen werden könnte:

6.4.3.1.1

In § 53 Abs. 1 StPO sollte folgende Nr. 3b neu eingefügt werden:

„3 b. Mitglieder und Beauftragte einer Beratungsstelle für AIDS- und Suchtfragen, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist;"

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 370

6.4.3.1.2

§ 97 StPO sollte wie folgt ergänzt werden:

a) In Abs. 1 Nr. 1, 2 und 3 wird jeweils bei „§ 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3a" der Buchstabe „a" durch den Buchstaben „b" ersetzt.

b) Abs. 2 Satz 2 sollte folgende Fassung erhalten: „Der Beschlagnahme unterliegen auch nicht Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam einer Krankenanstalt sind, sowie Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der in § 53 Abs. 1 Nr. 3a,*b* genannten Personen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam der anerkannten Beratungsstelle nach § 218 b Abs. 2 Nr. 1 des Strafgesetzbuches *oder nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 b* sind."

6.4.3.2

die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder einzuwirken, daß die staatliche Anerkennung von Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen möglichst einheitlich geregelt und praktiziert wird. Finanzierung aus öffentlichen Mitteln reicht für die Anerkennung nicht aus.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 5: Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion

Einleitung

Die im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken auftretenden Rechtsfragen sind besonders umstritten. Das veränderte Problembewußtsein für arzt- und krankenhausrechtliche Fragen im Zusammenhang mit AIDS mag darauf zurückzuführen sein, daß bei AIDS grundlegende medizinische Dilemmata in besonderer Schärfe und Dramatik deutlich geworden sind.

I. Bestandsaufnahme

6.5.1 Gefährdung der Ärzte, des medizinischen Personals und der Patienten

Die Meinungsverschiedenheiten über arzt- und krankenhausrechtliche Fragen im Zusammenhang mit AIDS sind vor allem auf die unterschiedliche Bewertung der Gefährdung der Ärzte, Schwestern und Pfleger durch infizierte Patienten einerseits sowie der Patienten durch infizierte Ärzte und Pflegepersonen andererseits zurückzuführen. Hinzu kommen unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie diese Gefährdungen am besten verringert werden können.

6.5.1.1 Die Gefährdung der Ärzte, Schwestern und Pfleger durch HIV-infizierte Patienten

6.5.1.1.1 Das Ausmaß der Infektionsgefahr

Die Kommission hat in ihrem im *Zwischenbericht* (Abschnitt C, Kapitel 3.6) das Risiko für ärztliches und pflegerisches Personal sowie technische Assistenten in den Laboratorien beim Umgang mit HIV-infizierten Patienten und kontaminiertem Material als sehr gering eingeschätzt, wenn die zur Vermeidung einer Hepatitis B erforderlichen Hygienemaßnahmen beachtet werden. An dieser Einschätzung hat sich nichts geändert.

Bisher (Stand: Herbst 1989) wurde weltweit über zumindest 28 HIV-Infektionen berichtet, die in einem wahrscheinlichen oder sehr wahrscheinlichen Zusammenhang mit der Berufsausübung stehen. Eine Dunkelziffer von bis zu 30 % wird hierbei auch in hochentwickelten Krankenversorgungssystemen für möglich gehalten. Bei 15 dieser 28 Infektionen konnte die Hospitalinfektion durch eine — im zeitlichen Zusammenhang mit der HIV-Exposition nachweisbare — Serokonversion und durch das Fehlen anderer Risikofaktoren gesichert werden. In der Mehrzahl der beobachteten Fälle erfolgte die HIV-Übertragung durch Stich- oder Schnittverletzungen, in Einzelfällen auch durch Schleimhaut- und Hautkontakte, wobei in der Regel Hautverletzungen oder entzündliche Hautveränderungen bei der Pflegeperson vorlagen. Aus der Bundesrepublik wurde bisher über einen Fall — einer offensichtlich gesicherten — berufsbedingten HIV-Infektion berichtet. *)

Die Infektionsgefahr ist bei HIV im Vergleich mit den sonstigen Infektionsrisiken in Krankenhäusern und Laboratorien außerordentlich gering. Ein Teil der Kommission verweist in diesem Zusammenhang auf die generelle Problematik des Infektionsgeschehens im Krankenhaus: Nach einer 1987 im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft von Infratest Gesundheitsforschung, München, durchgeführten Untersuchung „Ermittlung und Analyse von Krankenhausinfektionen" erlitten 1987 zwischen 5,7 und 6,3 % aller stationären Patienten eine Hospitalinfektion. Dies bedeutet, daß 1987 bei 630 000 bzw. 700 000 von 11,02 Mio. Krankenhauspatienten während des Krankenhausaufenthalts eine Infektion aufgetreten ist.

Die geringe HIV-Gefährdung der Ärzte und des medizinischen Personals wird indirekt bestätigt durch die epidemiologischen Befunde. Der Anteil der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken in den Gesundheitsberufen ist nicht höher als in der allgemeinen Bevölkerung. Allerdings darf man dabei nicht außer Acht lassen, daß das Infektionsrisiko aufgrund der zu erwartenden Zunahme der infizierten Patienten insgesamt zunehmen wird. Diese Entwicklung wird sich vermutlich in erster Linie in denjenigen medizinischen Bereichen auswirken, wo es besonders häufig und womöglich unvermeidlich zu Risikokontakten kommt.

6.5.1.1.2 Routinemäßige HIV-Antikörpertests bei den Patienten zum Schutz der Ärzte, Schwestern und Pfleger

Über die Frage, ob die HIV-Gefährdung der Ärzte und des medizinischen Personals durch eine routinemäßige Testung aller Patienten vermindert werden kann, bestehen in der Kommission unterschiedliche Auffassungen, wenngleich man einhellig auf dem Standpunkt steht, daß der Hygienestandard der Verbesserung bedarf.

Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß sich das medizinische Personal aufgrund eines routinemäßigen Tests bei allen Patienten in kritischen Fällen

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 370

noch besser vorsehen könne, auch wenn der Test erst einige Wochen nach der Infektion positiv wird. Die Empfehlung, statt dessen bei allen Patienten äußerst vorsichtig zu sein, sei unrealistisch und in der Praxis nicht durchzuhalten. Das sei auch nicht zu erwarten, so lange es in der allgemeinen Bevölkerung erst wenige Infizierte gebe.

Der andere Teil der Kommission betont demgegenüber, daß es — auch unabhängig von AIDS — dringend geboten sei, den Hygienestandard im Gesundheitsdienst zu verbessern. Wenn man sich stattdessen auf die Identifizierung der „gefährlichen" Patienten beschränke, werde damit lediglich die weitere Vernachlässigung der notwendigen Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz des Personals begünstigt. Zudem sei in der Mehrzahl der Fälle, in denen es zu einer Infektion gekommen sei, bekannt gewesen, daß die Patienten infiziert bzw. AIDS-krank waren. Das beweise, daß Schutzvorschriften nicht besser befolgt werden, wenn der HIV-Status der Patienten bekannt ist.

Hinzu komme, daß sich das medizinische Personal auf negative Testergebnisse sowieso nicht verlassen dürfe, weil die HIV-Antikörpertests eine Infektion erst relativ spät (nach vier bis sechs Wochen, in einigen Fällen erst nach Jahren) aufdecken, und zwar erst nach Durchschreiten des ersten Gipfels der Übertragungswahrscheinlichkeit. Übereinstimmenden Beobachtungen zufolge sei das Übertragungsrisiko während dieses Gipfels aber um ein Vielfaches höher als in der Latenzzeit zwischen der Serokonversion und dem Auftreten der ersten Symptome. Das bedeute: Jeder Patient, bei dem eine HIV-Infektion aufgrund klinischer Symptome, der Lebensumstände oder anderer Hinweise in Frage kommt, müsse auch bei negativem Testergebnis mit erhöhter Vorsicht behandelt und operiert werden. In keinem Fall dürfe der negative Testbefund Anlaß zur Sorglosigkeit geben.

6.5.1.2 Die Gefährdung der Patienten durch HIV-infizierte Ärzte, Schwestern und Pfleger

6.5.1.2.1 Das Ausmaß der Infektionsgefahr

Bisher ist noch kein Fall bekanntgeworden, daß ein Patient durch einen HIV-infizierten Arzt, Schwester oder Pfleger angesteckt worden ist. Auch bei Nachuntersuchungen der Patienten von infizierten Chirurgen sind keine HIV-Übertragungen festgestellt worden. Die Gefährdung von Patienten durch HIV-infizierte Ärzte, Schwestern und Pfleger erscheint extrem gering.

6.5.1.2.2 Routinemäßige HIV-Antikörpertests bei den Ärzten, Schwestern und Pfleger zum Schutz der Patienten

Die Frage, ob Ärzte, Schwestern und Pfleger zum Schutz der Patienten regelmäßig auf HIV-Antikörper getestet werden sollen, ist ebenfalls umstritten. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind der Auffassung, daß Fragen nach dem Infektionsstatus und regelmäßige HIV-Antikörpertests zumindest bei denjenigen Mitarbeitern geboten seien, die in Bereichen mit erhöhter Infektionsgefahr (Operationssäle, medizinische und mikrobiologische Laboratorien, Endoskopie- und Dialyseeinheiten usw.; siehe Durchführungsanweisungen zur UVV „Gesundheitsdienst", zu § 18) beschäftigt sind. Die Berliner Krankenhausgesellschaft und die Berliner Ärztekammer, die Ärztekammer Nordrhein und der Nationale AIDS-Beirat haben sich gegen solche Fragen und Tests ausgesprochen.

Von den Kommissionsmitgliedern wird die Notwendigkeit von Tests bei Ärzten, Schwestern und Pflegern ebenfalls unterschiedlich bewertet.

6.5.2. Die rechtliche Zulässigkeit von HIV-Antikörpertests

6.5.2.1 Die rechtliche Zulässigkeit von HIV-Antikörpertests bei Patienten

6.5.2.1.1 Einwilligung und Aufklärung

Der HIV-Antikörpertest greift in das allgemeine Persönlichkeitsrecht (informationelles Selbstbestimmungsrecht) der Patienten, die Gewinnung des zum Test erforderlichen Blutes (Venenpunktion) in das Recht auf körperliche Unversehrtheit ein. Der Test bedarf daher einer ausreichenden Rechtfertigung entweder durch eine Einwilligung der Patienten oder durch eine gesetzliche Ermächtigung.

Die Venenpunktion als solche ohne Einwilligung der Patienten oder ohne gesetzliche Ermächtigung für den Arzt ist rechtswidrig; sie erfüllt strafrechtlich den Tatbestand der Körperverletzung (§ 223 StGB), zivilrechtlich den Tatbestand der unerlaubten Handlung (§ 823 BGB) und, sofern ein Behandlungsvertrag besteht, den Tatbestand der Vertragsverletzung.

Die Testung des Blutes der Patienten ohne dessen Einwilligung bzw. ohne entsprechende gesetzliche Ermächtigung des Arztes ist für sich genommen zivilrechtlich eine Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts bzw. des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Patienten (§ 823 BGB), bei bestehendem Behandlungsvertrag eine Vertragsverletzung. Sie ist aber nicht eigens unter Strafe gestellt; §§ 201 ff. StGB, insbesondere § 202 a StGB, erfassen diesen Sachverhalt nicht.

Gesetzliche Ermächtigungen des Arztes zur Durchführung des HIV-Antikörpertests sind z. B. die Eingriffsermächtigungen der StPO und des BSeuchG. Im übrigen ist der Arzt auf die Einwilligung der Patienten angewiesen.

Ein Test zum Schutz des Arztes und des medizinischen Personals ist deshalb ohne Einwilligung des Patienten rechtswidrig. Er läßt sich in der Regel auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Notstandes rechtfertigen (§ 34 StGB), denn meist fehlt es an einer „gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr" für Leib, Leben oder andere überragende Rechtsgüter. Ärzte und medizinisches Personal können in ihnen kritisch erscheinenden Fällen auf eine Einwilligung zum Test drängen.

Die Einwilligung der Patienten in eine Venenpunktion umfaßt den HIV-Antikörpertest nur, wenn ihnen bei der Einwilligung der Verwendungszweck klar ist oder sie den Verwendungszweck nicht wissen wollen. Die Patienten müssen deshalb entsprechend, also gegebenenfalls auch über einen beabsichtigten HIV-Antikörpertest, aufgeklärt werden.

Einzelne Krankenhäuser begnügen sich mit einer formularmäßigen Information der Patienten, an die sich die Erwartung knüpft, der Patient werde, falls er keinen HIV-Antikörpertest wünscht, widersprechen.

Das hält ein Teil der Kommission für zulässig. Ein Patient könne bei seiner Einwilligung auch auf eine umfassende Aufklärung verzichten. Das sei der Fall, wenn er darüber informiert wurde, daß bei ihm abgenommenes Blut zu diagnostischen Zwecken unter Umständen auch auf HIV-Antikörper untersucht werde, wenn ihm hierzu ärztliche Beratung angeboten wurde, er hiervon aber keinen Gebrauch macht. Wenn dem Patient ein Formular mit entsprechenden Hinweisen zur Unterschrift vorgelegt werde, so handele es sich, nicht zuletzt angesichts des allgemeinen Kenntnisstandes über den HIV-Antikörpertest, nicht um eine unwirksame „überraschende" Klausel im Sinne des AGB-Gesetzes.

Der andere Teil der Kommission hält die Verwendung einer formularmäßigen Information für unzulässig unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, nach der die Aufklärung der Patienten stets individuell und im Einzelfall erfolgen muß. Das notwendige ärztliche Aufklärungsgespräch dürfe deshalb auch beim HIV-Antikörpertest nicht durch eine formularmäßige Einwilligung ersetzt werden. Diese Kommissionsmitglieder verweisen zusätzlich auf ihre Aussage im Zwischenbericht der Kommission, daß auch dort, wo der Test zum Zweck der Differentialdiagnostik vorgenommen werde, die in ihm liegenden Chancen der Prävention genutzt werden müßten; die notwendige Beratung dürfe nicht dem Zeitmangel von Ärzten zum Opfer fallen. Handele es sich um Patienten, bei denen die Ärzte ein HIV-Risiko vermuten oder jedenfalls nicht ausschließen können, müsse mit der Möglichkeit eines positiven Testergebnisses gerechnet werden. Die Erfahrung zeige aber, daß die Gefahr eines Schocks und chaotischer Reaktionen besonders groß sei, wenn Menschen unvorbereitet mit einem positiven Testergebnis konfrontiert werden. Deshalb müßten diese Patienten vorher auf die lebensverändernde Tragweite eines positiven Testergebnisses hingewiesen werden. Zugleich müsse versucht werden, mit ihnen zu klären, ob sie einem möglichen positiven Testergebnis gewachsen sind und ob sie Angehörige, Freunde oder Gruppen haben, die ihnen helfen und sie stützen können. Bei Patienten ohne erkennbares HIV-Risiko sei eine formularmäßige Belehrung und Einwilligung ebenfalls nicht ausreichend. Sonst bestehe nämlich die Gefahr, daß ein negatives Testergebnis als „Freibrief" bzw. als Beweis mißverstanden wird, gegen das Virus gefeit zu sein.

Die Auffassung, daß die Aufklärung des Patienten vor einem HIV-Antikörpertest stets individuell und im Einzelfall erfolgen muß und nicht durch eine formularmäßige Einwilligung ersetzt werden kann, wird auch vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geteilt.

Ein Teil der Kommission ist des weiteren der Auffassung, daß es nicht zulässig sei, die formularmäßige Einwilligung mit der rechtsgeschäftlichen Anerkennung der Allgemeinen Vertragsbedingungen der Krankenhäuser zu verbinden und so die Aufnahme und Behandlung in Krankenhäuser generell von der Einwilligung in den HIV-Antikörpertest abhängig zu machen. Nach Auffassung dieser Kommissionsmitglieder reicht es auch nicht aus, alle Patienten vorsorglich eine Einwilligungserklärung unterschreiben zu lassen, in der darauf hingewiesen wird, daß es möglicherweise notwendig sein wird, Blut zu diagnostischen Zwecken zu entnehmen und gegebenenfalls auch auf HIV-Antikörper zu untersuchen. Aus solchen Formularen könnten die Patienten die Tragweite ihrer Einwilligungserklärung nicht erkennen. Sie wüßten insbesondere nicht, ob ein Test überhaupt durchgeführt wird und aus welchem Anlaß der Test gegebenenfalls erfolgt. Derart pauschale Erklärungen verfehlten das mit dem Einwilligungserfordernis verbundene Ziel, die Betroffenen frei abwägen und entscheiden zu lassen.

6.5.2.1.2 Mutmaßliche und stillschweigende Einwilligung

Umstritten ist auch, in welchen Fällen von einer mutmaßlichen Einwilligung der Patienten ausgegangen und wann eine stillschweigende Einwilligung unterstellt werden kann.

6.5.2.1.2.1 Mutmaßliche Einwilligung

Die Rechtsfigur der mutmaßlichen Einwilligung kommt immer dann in Betracht, wenn der Patient aus tatsächlichen Gründen außerstande ist einzuwilligen. Der Arzt darf dann unterstellen, daß der Patient bei vollständiger Aufklärung allen Behandlungen zugestimmt hätte, die medizinisch indiziert und geboten sind. Diese Unterstellung ist aber nur zulässig, wenn die Einwilligung des Patienten nicht eingeholt werden kann. In allen anderen Fällen kommt allenfalls eine stillschweigende Einwilligung in Betracht (vgl. 6.5.2.1.2.2).

Nach diesen Grundsätzen kann eine mutmaßliche Einwilligung unterstellt werden, wenn aus medizinischen Gründen vor einer den Patienten stark belastenden Operation oder medikamentösen Behandlung der Immunstatus des Patienten festgestellt werden muß und wenn der Patient u. a. wegen Bewußtlosigkeit nicht um seine Einwilligung gefragt werden kann.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft meinen, dasselbe gelte auch dann, wenn es aufgrund des Zustandes des Patienten aus ärztlicher Sicht geboten sei, das Aufklärungsgespräch nicht auf eine mögliche HIV-Infektion zu erstrecken. Dieser Ansicht folgt der eine Teil der Kommission.

Nach Auffassung des anderen Teils der Kommission ist das in dieser Allgemeinheit nicht mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und zum „therapeutischen Privileg" zu vereinbaren. Der Bundesgerichtshof leite aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten dessen Recht ab, die ganze Wahrheit über seinen Gesundheitszustand und die Folgen des ärztlichen Eingriffs zu erfahren auch auf die Gefahr hin, daß die verlangte Wahrheit zur Belastung wird. Therapeutische Rücksichten dürften deshalb nach dieser Rechtsprechung nie generell zur Einschränkung, Modifizierung oder Unterlassung der geschuldeten Aufklärung führen; sie könnten allenfalls individuell auf die Art und Weise der Aufklärung einwirken und aus zwingenden therapeutischen Erwägungen ausnahmsweise den Verzicht auf eine weitere Aufklärung nahelegen. Es sei Sache des Arztes, den ängstlichen Patienten zu beruhigen und ihm die medizinisch indizierte Notwendigkeit eines Eingriffs so darzustellen, daß er sich der Zustimmung und der Kooperation des Patienten sicher sein kann. Der Arzt dürfe aber nicht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Therapieinteresse übergehen.

6.5.2.1.2.2 Stillschweigende Einwilligung

Für die Annahme einer stillschweigenden Einwilligung genügt es nicht, daß die Behandlung medizinisch indiziert ist. Die stillschweigende Einwilligung unterscheidet sich von der ausdrücklichen Einwilligung nur dadurch, daß der Patient seine Einwilligung nicht ausdrücklich erklärt; sie muß sich aber aus den gesamten Umständen erkennbar und offenkundig ergeben. Dem Patienten müssen demgemäß bei der stillschweigenden Einwilligung genauso wie bei der ausdrücklichen alle für seine Entscheidungsbildung relevanten Umstände bekannt sein, auf deren Grundlage er — durch sein Verhalten — tatsächlich in die Behandlung einwilligt.

Eine stillschweigende Einwilligung in einen HIV-Antikörpertest kommt deshalb nur dann in Betracht, wenn der dem Arzt erteilte Untersuchungsauftrag im Einzelfall bei verständiger Würdigung die Einwilligung umfaßt, das abgenommene Blut auch zur Durchführung der HIV-Diagnostik zu verwenden. Es muß nach den Umständen davon ausgegangen werden können, daß der Patient damit rechnet, daß ein HIV-Antikörpertest aus medizinischen Gründen indiziert ist; denn nur dann kann aus der Tatsache, daß er dem Test nicht widerspricht, berechtigterweise geschlossen werden, daß er mit ihm einverstanden ist.

Eine stillschweigende Einwilligung kann demgemäß angenommen werden, wenn der Patient ausdrücklich eine umfassende medizinische Abklärung seines Gesundheitszustandes verlangt oder wenn er auf sein Recht, über alle maßgeblichen Umstände informiert zu werden, verzichtet.

Umstritten ist, ob das auch in den Fällen gilt, in denen der Patient den Arzt beauftragt, die Ursachen von schwer zuzuordnenden Symptomen abzuklären. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer meint, für die Annahme einer stillschweigenden Einwilligung in einen HIV-Antikörpertest genüge es in solchen Fällen, daß der Patient eine differentialdiagnostische Abklärung von Beschwerden verlange, als deren Ursache aufgrund medizinischer Symptome eine HIV-Infektion in Betracht komme. Der Wissenschaftliche Beirat stellt also nur darauf ab, ob der HIV-Antikörpertest im Rahmen des erteilten Auftrages medizinisch indiziert ist. Dabei soll nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats bereits der Verdacht der Zugehörigkeit des Patienten zu einer Hauptbetroffenengruppe als medizinische Indikation für den HIV-Antikörpertest ausreichen. Ein Teil der Kommission stimmt dieser Auffassung zu.

Der andere Teil der Kommission hält das mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten für nicht vereinbar. Schweigen eines Patienten könne nur dann als Zustimmung gedeutet werden, wenn nach den Umständen davon ausgegangen werden kann, daß dem Patienten bekannt ist, welchen Eingriff der Arzt beabsichtigt. Es genüge daher nicht, daß der HIV-Antikörpertest nach Auffassung des Arztes medizinisch indiziert ist. Es müsse außerdem hinzukommen, daß der Patient dies weiß und deshalb mit einem Test rechnet. Bei Patienten, die ihrer Sinne mächtig sind, erübrige sich daher die ausdrückliche Einholung der Einwilligung nur dann, wenn der Auftrag des Patienten nahezu zwangsläufig einen solchen Test umfaßt und der Patient deshalb mit ihm rechnen muß.

6.5.2.2 Die rechtliche Zulässigkeit von HIV-Antikörpertests bei Ärzten, Schwestern und Pflegern

Zur Frage der rechtlichen Zulässigkeit von HIV-Antikörpertests bei Ärzten, Schwestern und Pflegern wird auf die Ausführungen in den Unterabschnitten 6 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** und 7 **Öffentliches Dienstrecht und AIDS**, verwiesen. Dort ist ausgeführt, daß entgegen der Rechtsauffassung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft weder aus der UVV Gesundheitsdienst noch aus § 7 BAT und den entsprechenden Tarifvorschriften eine Verpflichtung des medizinischen Personals abgeleitet werden kann, sich auf HIV-Antikörper testen zu lassen.

Diese Vorschriften setzen eine Untersuchungspflicht voraus bzw. bestimmen nur, bei welchen Personen und innerhalb welcher Zeiträume Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Die Art der Untersuchungen ergibt sich dagegen nicht aus diesen Vorschriften, sondern wird durch die allgemein anerkannten arbeitsmedizinischen Regeln festgelegt, also vor allem durch die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze. Der Ausschuß Arbeitsmedizin beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat es aber im November 1987 ausdrücklich abgelehnt, AIDS in den Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 42 (Infektionskrankheiten) aufzunehmen. Auch die anderen Berufsgenossenschaften haben das bisher nicht getan. Untersuchungen, die durch die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze nicht vorgeschrieben sind, können aber nicht erzwungen werden. Lehnt ein Arbeitnehmer solche Untersu-

chungen ab, kann der Arbeitgeber daraus keine Rechtsfolgen ableiten.

Ein Teil der Kommission ist der Auffassung, daß diese Regelung sachgemäß ist. Diese Kommissionsmitglieder verweisen darauf, daß bisher noch kein Fall der Ansteckung eines Patienten durch einen HIV-infizierten Arzt, Schwester oder Pfleger bekannt geworden ist. Außerdem seien solche Tests ohnehin nur sinnvoll, wenn sie regelmäßig in ganz kurzen Abständen wiederholt werden. Dieser Aufwand stehe aber zum Ausmaß der tatsächlichen Gefahr außer jedem Verhältnis.

Der andere Teil der Kommission ist der Meinung, daß mindestens für solche Ärzte, Schwestern und Pfleger eine Untersuchungspflicht eingeführt werden müsse, die in Bereichen mit erhöhter Infektionsgefahr tätig seien. Patienten dürften keinem Risiko ausgesetzt werden, das vermeidbar oder doch verringerbar sei.

6.5.3 Behandlungspflichten der Ärzte und Aufklärungspflichten der Patienten

6.5.3.1 Der Grundsatz der Vertragsfreiheit

Ausgangspunkt für das Entstehen von Rechtsbeziehungen zwischen dem Arzt bzw. dem Krankenhauspersonal einerseits und dem Patienten andererseits ist die Übernahme der Behandlung des Patienten. Grundlage hierfür ist in der Regel ein von dem Arzt bzw. dem Krankenhaus und dem Patienten abgeschlossener Behandlungsvertrag. In diesem Bereich besteht grundsätzlich Vertragsfreiheit, d. h. Arzt oder Krankenhaus sind zum Abschluß eines solchen Behandlungsvertrages mit dem Patienten nicht verpflichtet. Da es sich bei der Behandlung um Dienste höherer Art handelt, die üblicherweise aufgrund besonderen Vertrauens geleistet werden, wird die Vertragsfreiheit des Arztes und des Krankenhauses verstärkt durch das Recht zur fristlosen Kündigung des Behandlungsvertrages aus wichtigem Grund nach § 627 Abs. 2 BGB.

Es besteht auch keine gesetzliche Verpflichtung zur Übernahme der Behandlung eines möglicherweise oder tatsächlich HIV-infizierten Patienten. Wohl trifft den Arzt, wie jedermann, die nach § 323 c StGB strafbewehrte Pflicht zur allgemeinen Hilfeleistung im Notfall, soweit die Hilfe erforderlich, möglich und auch zumutbar ist.

6.5.3.2 Einschränkungen der ärztlichen Entscheidungsfreiheit beim Abschluß eines Behandlungsvertrages

Die grundsätzliche Freiheit des Arztes, einen Behandlungsvertrag abzuschließen, wird jedoch aus verschiedenen rechtlichen Gesichtspunkten eingeschränkt.

An erster Stelle sind insoweit die Berufsordnungen der Ärzte zu nennen. Zwar ist auch nach diesen der Arzt in der Ausübung seines Berufes frei und berechtigt, eine Behandlung abzulehnen. Wie aber in den Berufsordnungen weiter zum Ausdruck kommt und wie es ebenso dem tradierten ärztlichen Selbstverständnis entspricht, darf der Arzt hierbei nicht unsachlich und willkürlich verfahren. Für die Ablehnung einer Behandlung müssen gewichtige Gründe bestehen, so etwa, wenn der Patient vom Arzt etwas ihm Unmögliches oder Ungebührliches verlangt. Dagegen rechtfertigt die Tatsache, daß ein Patient tatsächlich oder möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leidet, die Ablehnung der Behandlung nicht.

Ein Arzt ist deshalb berufsrechtlich verpflichtet, grundsätzlich jeden Patienten, der seine Hilfe sucht, zu behandeln. Dies gilt um so mehr, wenn der Patient an einer schweren ansteckenden Krankheit wie AIDS leidet oder wenn der Patient sich in einer akuten Notlage befindet.

Unabhängig von der Berufsordnung sind Kassenärzte gemäß § 95 SGB V zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung verpflichtet. Das gibt den Kassenpatienten zwar keinen Anspruch gegen die Kassenärzte auf Abschluß eines Behandlungsvertrages. Die Kassenärzte dürfen aber im Verhältnis zu den Krankenkassen die Behandlung von Kassenpatienten nicht beliebig ablehnen.

Daneben ist der einzelne Krankenhausarzt auch ohne eigene unmittelbare vertragliche Bindung zum Patienten zur Behandlung verpflichtet, wenn das Krankenhaus den Patienten aufgenommen und mit ihm einen Behandlungsvertrag abgeschlossen hat. Der Arzt kann in solchen Fällen die Behandlung nur ablehnen, wenn sie für ihn mit einer unzumutbaren Gefährdung verbunden ist. Dasselbe gilt für das Krankenhauspersonal.

Bei den Krankenhäusern besteht meist eine Aufnahme- und Behandlungspflicht. Sie ergibt sich bei Kassenpatienten indirekt aus den Versorgungsverträgen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern (§ 109 SGB V), die die Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichten. Daraus können zwar die Kassenpatienten gegen die Krankenhäuser keinen Anspruch auf Aufnahme ableiten. Die Krankenhäuser dürfen aber im Verhältnis zu den Krankenkassen die Aufnahme von Kassenpatienten nicht beliebig ablehnen.

Bei HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Patienten kann sich die Aufnahme- und Behandlungspflicht auch aus dem zivilrechtlichen Gesichtspunkt der Monopolstellung oder aus einer öffentlichrechtlichen Schutzpflicht ergeben, nämlich wenn das Krankenhaus über die notwendigen Spezialeinrichtungen verfügt, ein entsprechendes Können und Wissen der Ärzte und des Pflegepersonals vorhanden ist und das Krankenhaus regional der einzig erreichbare Leistungsanbieter ist. In einigen Ländern begründen auch die jeweiligen Krankenhausgesetze Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Aufnahme und Behandlung von Patienten.

6.5.3.3 Zumutbarkeit ärztlicher Hilfe bei HIV-infizierten Patienten

Für die Zumutbarkeit der ärztlichen Hilfe bei Patienten, die tatsächlich oder möglicherweise HIV-infiziert sind, kommt es nur auf das Ausmaß des Ansteckungsrisikos an. Dieses kann bei AIDS durch die gebotenen Hygienemaßnahmen auf ein vertretbares Maß herabgemindert werden. Dagegen berechtigt die Furcht, daß andere Patienten wegbleiben könnten, nicht zur Behandlungsverweigerung.

Zum Teil wird allerdings die Auffassung vertreten, daß Chirurgen große und schwierige Operationen mit einem erhöhten Verletzungsrisko bei HIV-infizierten Patienten ablehnen dürften, wenn diese Operationen nicht dringend indiziert seien. Zwar seien bei solchen Operationen verstärkte Schutzvorkehrungen möglich, aber in der Praxis zeige sich, daß auch dadurch infektionsriskante Verletzungen nicht gänzlich vermieden werden könnten.

Eine gesteigerte Hilfspflicht besteht in Unglücksfällen, wenn der Hilfsbedürftige auf die ärztliche Behandlung dringend angewiesen ist.

6.5.3.4 Die Aufklärungspflichten von HIV-infizierten Patienten

Die Frage, ob HIV-infizierte Patienten von Rechts wegen verpflichtet sind, ihre Ärzte auf die Infektion hinzuweisen, ist sowohl in der Rechtswissenschaft als auch in der Kommission umstritten.

Einige Kommissionsmitglieder sind der Meinung, ein solcher Hinweis der Patienten könne nur den Sinn haben, die Ärzte daran zu erinnern, die erforderlichen hygienischen Schutzmaßnahmen sorgfältig zu beachten. Das gehöre aber ohnehin zu den Regeln der ärztlichen Kunst.

Andere Kommissionsmitglieder halten diesen Rechtsauffassung für nicht haltbar. Sie verweisen auf die Spruchpraxis des Bundesgerichtshofs, nach der sich das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht in den Buchstaben der Vertragsklauseln erschöpft, sondern sittliche Rechte und Pflichten einschließt. Die Information über eine bereits bestehende HIV-Infektion diene zum einen dem berechtigten Schutzinteresse des Arztes und des medizinischen Personals. Zum anderen könne eine solche Information auch im Interesse des Patienten selbst geboten sein, denn sie ermögliche eine zweckmäßige und angemessene Behandlung durch den Arzt; diagnostische Umwege und für den Patienten gefährliche Therapieverfahren könnten vermieden werden.

Einig ist sich die Kommission, daß von den Infizierten Offenheit nur erwartet werden kann, wenn sie von den Ärzten keine Zurückweisungen befürchten müssen. In der Vergangenheit ist es wiederholt vorgekommen, daß Infizierte, die auf ihre Infektion hingewiesen hatten, von Ärzten und Zahnärzten nicht behandelt worden sind. Solche Zurückweisungen kommen aber inzwischen kaum mehr vor.

6.5.3.5 Ablehnung der Weiterbehandlung von HIV-infizierten Patienten

Ob ein Arzt oder ein Krankenhaus den Behandlungsvertrag mit einem HIV-infizierten Patienten aufkündigen und eine Weiterbehandlung ablehnen dürfen, hängt davon ab, ob der Arzt oder das Krankenhaus zur Übernahme der Behandlung verpflichtet sind. Wenn das der Fall ist, dürfen sie die Behandlung nicht allein deshalb ablehnen, weil der Patient tatsächlich oder möglicherweise HIV-infiziert ist. Die spätere Kenntniserlangung von einer HIV-Infektion des Patienten, etwa nach durchgeführtem HIV-Antikörpertest, ändert grundsätzlich nichts an der Zumutbarkeit ärztlicher Hilfe und sonstiger Krankenbetreuung. Bei Notfällen, insbesondere bei Lebensgefahr für den Patienten, besteht sogar die Möglichkeit erheblicher strafrechtlicher Sanktionen im Falle einer Behandlungsverweigerung. Der Arzt wird durch die rein faktische Übernahme der Behandlung zum Garanten, d. h. er übernimmt eine besondere Verantwortung für Gesundheit und Leben des Patienten. Diese kann über eine Auflösung des Behandlungsvertrages hinaus fortbestehen, so daß im Extremfall eine strafrechtliche Verantwortung wegen Körperverletzung durch Unterlassen oder gar Totschlags durch Unterlassen nicht auszuschließen ist.

6.5.3.6 Ablehnung der Behandlung von Patienten, die sich weigern, sich testen zu lassen

Die Frage, welche Folgerungen die Ärzte aus der Ablehnung des des HIV-Antikörpertests ziehen dürfen, wird unterschiedlich beantwortet. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind der Meinung, wenn der Patient trotz Aufklärung über die medizinische Notwendigkeit die Einwilligung in die Durchführung des HIV-Antikörpertests verweigere, könne dies das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten erheblich stören und den Arzt zum Abbruch der Behandlung berechtigen.

Ein Teil der Kommission stimmt dieser Auffassung vor allem für Operationen zu. Die erforderlichen Schutzvorkehrungen zur Vermeidung einer Ansteckung seien für Chirurgen nicht nur unbequem und lästig, sondern machten auch das Operieren schwerer und damit für den Patienten risikoreicher. Die Durchführung eines HIV-Antikörpertests könne besonders vor sehr blutigen operativen Eingriffen angezeigt sein. Die Patienten seien deshalb verpflichtet, auf Verlangen des Arztes einen HIV-Antikörpertest zur Abklärung ihres Immunstatus durchführen zu lassen. Wenn ein Patient dieser Pflicht nicht nachkomme, dürfe der Arzt wegen dieser Störung des Vertrauensverhältnisses eine Weiterbehandlung — mit Ausnahme von Notfällen — verweigern.

Der andere Teil der Kommission weist daraufhin, daß nach den bisherigen Erfahrungen bei sachgerechter Aufklärung durch den Arzt der Test nur von sehr wenigen Patienten abgelehnt werde. Das Problem bestehe also nicht so sehr in einer massiven Testverweigerung, sondern vielmehr in der Aufgabe einer umfassenden, verständlichen und einfühlsamen ärztli-

chen Aufklärung und der Bildung des notwendigen Vertrauensverhältnisses. Wenn der HIV-Antikörpertest medizinisch indiziert sei, könnten die Patienten regelmäßig von der Notwendigkeit des Tests überzeugt werden. Der geringe Rest der Patienten verweigere den Test nicht grundlos, sondern aus Angst vor den psychischen und sozialen Folgen eines möglichen positiven Testergebnisses. Eine solche Haltung müsse vom Arzt respektiert werden. Eine Ablehnung der Weiterbehandlung sei deshalb nur dann gerechtfertigt, wenn ohne den HIV-Antikörpertest unklare Krankheitsbilder nicht geklärt werden können oder wenn es um den Ausschluß von Behandlungsmethoden geht, die für HIV-infizierte Patienten riskant sind.

Das folgt nach der Meinung dieser Kommissionsmitglieder für Kassenpatienten auch aus dem Gesetz. Kassenmitglieder erhalten die „Krankenbehandlung" von ihren Kassen, die sich dazu der Ärzte und der Krankenhäuser bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen. Auf diese Rechtsbeziehungen seien die Vorschriften des Sozialgesetzbuches anzuwenden (vgl. §§ 27 ff. und 69 ff. SGB V). Dort seien die Mitwirkungspflichten der Leistungsempfänger abschließend umschrieben. Nach § 62 SGB I brauchten sich Leistungsempfänger ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen aber nur zu unterziehen, „soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind". Ärzte dürften deshalb die Behandlung von Kassenpatienten, die einen HIV-Antikörpertest verweigern, nur dann ablehnen, wenn sie ihre Patienten ohne den Test nicht sachgemäß behandeln können.

6.5.4 Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht

Nicht nur der HIV-Befund, sondern allein schon der Verdacht einer HIV-Infektion unterliegt gemäß § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB und § 2 Berufsordnung der Ärzte der Schweigepflicht. Darüber hinaus unterliegen die im Zusammenhang mit den HIV-Antikörpertest erhobenen und gespeicherten Daten den jeweiligen einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Die Informationsweitergabe erfolgt befugt, wenn der Patient einwilligt. Eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten wird ein Arzt nur in den seltensten Fällen annehmen können.

Da HIV bzw. AIDS nicht meldepflichtig ist, sind die Ärzte nicht verpflichtet, HIV-infizierte Patienten den Gesundheitsbehörden zu melden. Ebensowenig besteht eine Verpflichtung der Ärzte, die Intimpartner der Patienten zu warnen. Wohl können die Ärzte aufgrund rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB zu derartigen Meldungen und Warnungen befugt sein, wenn die Patienten uneinsichtig sind und die Ärzte befürchten müssen, daß sie andere anstecken. Eine solche Meldung oder Warnung kommt aber immer nur als letztes Mittel in Betracht. Zunächst müssen die Ärzte mit Nachdruck versuchen, ihre Patienten zur Einsicht zu bewegen. Dazu gehören auch Bemühungen, den Patienten durch eine psychotherapeutische Behandlung zu stabilisieren. Nur wenn alle in Betracht kommenden Versuche sich als erfolglos erweisen, ist der Arzt zur Durchbrechung der Schweigepflicht befugt. Sie bleibt aber auch dann grundsätzlich der Entscheidung des Arztes überlassen, der die Meldung oder Warnung auch unterlassen darf.

Etwas anderes gilt nur dann, wenn nicht nur der Infizierte, sondern auch sein Partner Patienten desselben Arztes sind. Dann obliegen dem Arzt auch gegenüber dem Partner vertragliche Fürsorgepflichten. Das hat aber praktisch nur geringe Auswirkungen, weil diese Fürsorgepflicht nicht weiter reicht als die Befugnis des Arztes, seine ärztliche Schweigepflicht gegenüber dem Infizierten zu durchbrechen. Das heißt, entscheidend ist auch in solchen Fällen zunächst die persönliche Abwägung des Arztes, ob es zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren für den Partner erforderlich ist, seine ärztliche Schweigepflicht gegenüber dem Infizierten zu durchbrechen. Nur wenn der Arzt das bejaht, muß er den Partner unterrichten.

Ärzte sind genauso wenig wie AIDS-Berater oder sonstige Personen nach § 138 StGB verpflichtet, „uneinsichtige" Patienten anzuzeigen. Nach dieser Vorschrift macht sich wegen Unterlassung einer Anzeige an „die Behörde oder den Bedrohten" nur strafbar, wer von dem Vorhaben oder Ausführung eines Totschlags zu einer Zeit glaubhaft erfährt, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann. Das läßt sich aber bei AIDS nie feststellen, weil man nicht ausschließen kann, daß sich der Partner des betreffenden Patienten schon vorher entweder bei diesem oder bei anderen Personen angesteckt hat. Außerdem hat der Bundesgerichtshof inzwischen entschieden, daß der ungeschützte Geschlechtsverkehr eines Infizierten in aller Regel kein versuchter Totschlag, sondern eine versuchte gefährliche Körperverletzung darstellt. Dieses Delikt ist aber nicht anzeigepflichtig.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch für den internen Praxis- und Klinikbereich. Es ist rechtlich nicht zulässig, das Krankenhaus als eine „informationelle Einheit" anzusehen, in der Informationen uneingeschränkt ausgetauscht und verwendet werden dürfen. Der Arzt darf deshalb seine Kenntnis von der HIV-Infektion nicht beliebigen Mitarbeitern mitteilen. Das — stillschweigende — Einverständnis des Patienten in die Mitteilung der vom Arzt erhobenen Befunde und sonstigen Daten an Dritte erstreckt sich nur auf solche Mitarbeiter, die notwendigerweise und unmittelbar, sei es in der Pflege oder in der Verwaltung, mit dem Patienten befaßt sind. Dies muß auch bei der Dokumentation und Weitergabe der Befunde und Behandlungsdaten, bei der Aufbewahrung dieser Unterlagen und bei der Abrechnung mit den Krankenkassen berücksichtigt werden. Auch vor einer Weitergabe des HIV-Testergebnisses im Arztbrief muß deshalb das Einverständnis des Patienten eingeholt werden, sofern nicht nach den Umständen von einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten ausgegangen werden kann. Gegebenenfalls ist in dem Arztbrief ein Hinweis auf die Unvollständigkeit aufzunehmen. Allerdings kann der Patient der Weiterleitung eines solchen Arztbriefes auch widersprechen.

6.5.5 Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten für epidemiologische oder Forschungszwecke mit Hilfe von rechnergestützten Dokumentationssystemen

In den Behandlungszentren für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke laufen zahlreiche Studien zum Krankheitsverlauf und zu möglichen Therapien. Es bietet sich an, dafür die Behandlungsdaten der verschiedenen Patientenkollektive mit Hilfe rechnergestützter Dokumentationssysteme heranzuziehen und miteinander zu vergleichen (z. B.: Bildung von Vergleichsgruppen mit Hilfe gespeicherter Daten früherer Patienten). Dieses ist jedoch rechtlich nicht unproblematisch.

Die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Patientendaten für epidemiologische oder Forschungszwecke unterliegen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht. Die Durchführung von Forschungsvorhaben hat keinen rechtlichen Vorrang gegenüber dem Vertrauensschutz des Patienten. Bei der Verarbeitung personenbezogener Patientendaten für epidemiologische und Forschungszwecke muß daher stets sichergestellt sein, daß das Patientengeheimnis gewahrt bleibt.

Das Anlegen von „Datenpools", in denen ohne konkrete Zweckbindung bestimmte Daten, z. B. medizinische Verlaufsdaten, aber auch Sozialdaten der Patienten, auf Vorrat gespeichert werden, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich unzulässig. Deshalb dürfen personenbezogene Patientendaten für epidemiologische oder andere Forschungszwecke nur mit Einwilligung bzw. auf gesetzlicher Grundlage erhoben und verarbeitet werden.

Sobald der Forschungszweck es erlaubt, sind die Daten zu anonymisieren oder zumindest so zu verändern, daß die Merkmale, die die Zuordnung zu einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person ermöglichen, gesondert gespeichert werden. Nach Abschluß der Forschungsvorhaben müssen die Daten gelöscht werden.

Die zentrale Verarbeitung personenbezogener Patientendaten ist für die Patienten mit besonderen Risiken behaftet. Es muß deshalb nachgewiesen werden, daß die Zusammenführung und zentrale Auswertung von personenbezogenen Patientendaten in einem standardisierten Verfahren dringend geboten ist und daß multizentrische Einzelstudien nicht ausreichen.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten für epidemiologische oder Forschungszwecke bedürfen nur dann keiner gesetzlichen Ermächtigung oder ausdrücklichen Einwilligung der Patienten, wenn die Daten zuvor irreversibel anonymisiert wurden.

Wenn die Patienten in die Erhebung und Verarbeitung ihrer Daten zu Behandlungszwecken eingewilligt haben, dürfen die behandelnden Ärzte diese Daten auch für eigene Forschungsarbeiten im Rahmen des Behandlungsvertrages verwenden. Sollen die Daten für Forschungsarbeiten Außenstehender verwandt werden, müssen die Patienten insoweit zusätzlich einwilligen.

Die Einwilligung der Patienten in die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für epidemiologische oder Forschungszwecke darf nicht in der Weise mit dem Behandlungsvertrag gekoppelt werden, daß die ärztliche Behandlung von der Erteilung dieser Einwilligung abhängig gemacht wird.

Die vielfältigen Probleme, die sich bei multifunktionalen Datenerhebungen (z. B. AIDS-Register) mit vielfältigen Zugriffs- und Auswertungsmöglichkeiten durch eine Zentrale ergeben, lassen sich nur durch eine gesetzliche Regelung befriedigend lösen.

6.5.6 Zusammenfassung

Die arzt- und krankenhausrechtlichen Konflikte im Zusammenhang mit der Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sind keine Sonderprobleme. Sie ergeben sich aus dem allgemeinen Widerstreit zwischen den Selbstbestimmungs- und Persönlichkeitsrechten einerseits und der ärztlichen Sorge für das Patientenwohl sowie den medizinischen Forschungsinteressen andererseits. Im Brennpunkt stehen dabei das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Anforderungen an die Aufklärung des Patienten als Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung.

Die Kommission sieht im Hinblick auf ihren Untersuchungsauftrag in diesem Teil von einer Auswertung und von Empfehlungen ab. Sie legt jedoch Wert auf die Feststellung, daß die Fragen des Patienten-Datenschutzes und vor allem der Konflikt zwischen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht und der Forschungsfreiheit dringend einer normativen Lösung bedürfen.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 6: Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung

Einleitung

In zahlreichen Eingaben an die Bundesregierung, an die AIDS-Stiftungen und AIDS-Hilfen, die nicht mehr nur den Charakter anekdotenhafter Einzelfalldarstellungen haben, wird deutlich, daß mit der Zunahme von HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen auch damit zusammenhängende arbeitsrechtliche Probleme auftreten. Die HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten fürchten besonders den Verlust ihres Arbeitsplatzes. Der Kommission sind mehrere Fälle bekannt geworden, in denen sie ihn entweder durch Kündigung des Arbeitgebers oder eigene Kündigung verloren haben. Es ist jedoch auffällig, daß bisher nur in wenigen Fällen die Arbeitsgerichte über HIV- oder AIDS-bedingte Kündigungen zu entscheiden hatten. Möglicherweise scheuten die Betroffenen ein gerichtliches Verfahren wegen der damit verbundenen Öffentlichkeit und potentiellen Diskriminierung, möglicherweise gingen sie aber auch davon aus, daß ein gerichtliches Verfahren im Hinblick auf die rechtliche Situation von vornherein aussichtslos sei.

Die Darstellung der arbeitsrechtlichen Situation der HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten steht vor der Schwierigkeit, daß die arbeitsrechtliche Diskussion über die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung in der Bundesrepublik Deutschland erst begonnen hat. Das Zusammenleben aufeinander angewiesener und miteinander arbeitender Menschen in Betrieben und Unternehmen bedingt jedoch, gerade wegen der vielen medizinisch ungeklärten Fragen und insbesondere wegen einer derzeitig fehlenden Kausaltherapie, auch die arbeitsrechtliche Auseinandersetzung mit der erworbenen Immunschwäche AIDS.

Arbeitsrecht ist kein Instrument staatlicher Gesundheitspolitik. Es kann daher auch nicht dessen Aufgabe sein, präventive Seuchenpolitik zu betreiben. Andererseits darf es jedoch der staatlichen Gesundheitspolitik nicht zuwiderlaufen.

Im folgenden geht es allein um den Versuch einer Bestandsaufnahme arbeitsrechtlicher Auswirkungen der Infektion und der Erkrankung. Wenngleich es darauf ankommt, einen im betrieblichen Alltag unter Umständen aufkommenden Interessenstreit zwischen den Infizierten oder Erkrankten und den nicht infizierten Arbeitnehmern sowie dem Arbeitgeber angemessen zu lösen, so sind doch pauschale Antworten nicht möglich.

Für die arbeitsrechtliche Bestandsaufnahme stehen daher folgende Problemkreise im Vordergrund:

— die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, das heißt, ob und welche Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber zu ergreifen sind;

— das Fragerecht des Arbeitgebers und die ärztliche oder betriebsärztliche Untersuchung bei der Einstellung;

— die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung als Kündigungsgrund.

Es sollte jedoch klar sein, daß die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung für die nachfolgende Untersuchung zum Arbeitsrecht zwar der Anlaß ist. Jede der behandelten Fragen stellt sich aber genauso bei anderen Infektionen und Krankheiten. Die Antworten ergeben sich damit aus den bereits bestehenden arbeitsrechtlichen Grundsätzen. Die Immunschwäche AIDS ist nur ein weiterer Anwendungsfall dieser Grundsätze.

I. Bestandsaufnahme

6.6.1 Schutz der Arbeitnehmer vor Infektionen

6.6.1.1 Allgemeine Grundsätze des Arbeitsschutzrechts

Der Arbeitgeber übernimmt mit Abschluß des Arbeitsvertrags eine Fürsorgepflicht für Leben und Gesundheit des Arbeitnehmers. Kraft dieser Fürsorgepflicht ist der Arbeitgeber u. a. gehalten, die bei ihm beschäftigten Arbeitnehmer vor einer Infektion mit HIV zu schützen. Der Arbeitgeber kommt seiner Pflicht nach, indem er auf die Einhaltung von Schutz- und Hygienemaßnahmen hinwirkt und auf Vorsichtsmaßnahmen hinweist, wie sich Arbeitnehmer selbst gegen ein nie gänzlich ausschließbares Risiko einer HIV-Infektion während der Arbeit schützen können.

Gemäß § 618 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erstreckt sich die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für Leben und Gesundheit seiner Mitarbeiter insbesondere auf die Arbeitsplatzgestaltung und die Arbeitsabläufe. Der Arbeitgeber ist deshalb verpflichtet, bei der Organisation der Arbeit Maßnahmen zu prüfen, die den Arbeitnehmer vor Gefahr für Leben und Gesundheit schützen. Soweit diese sich bereits aus dem öffentlichrechtlichen Arbeitsschutz ergeben, wird durch sie die Fürsorgepflicht aus § 618 BGB konkretisiert. Ein Arbeitnehmer braucht sich „zwar nicht mit

weniger zu begnügen, kann aber auch nicht mehr verlangen, als für die betreffende Lage durch Arbeitsschutzvorschriften vorgeschrieben ist." Das bedeutet, daß der Arbeitnehmer die Einhaltung der Arbeitsschutz- und Hygienevorschrifen verlangen kann, der Arbeitgeber aber nicht mehr zu leisten braucht. Der Gesundheitsschutz des Arbeitnehmers ist in den Arbeitsschutzvorschriften geregelt.

Dem Arbeitgeber obliegt es gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), die Einhaltung der allgemein anerkannten hygienischen Regeln in seinem Betrieb zu ermöglichen und für ihre Einhaltung zu sorgen. Maßnahmen wie etwa Reihenuntersuchungen von Mitarbeitern auf eine HIV-Infektion scheiden arbeitsrechtlich von vornherein aus.

Besondere arbeitsschutzrechtliche Verpflichtungen im Hinblick auf AIDS bestehen nur, soweit es sich um Tätigkeiten handelt, bei denen wegen potentieller Infektionsgefahr die Unfallverhütungsvorschriften (UVV) und die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV), Hygieneverordnungen usw. anzuwenden sind. Weitere arbeitsschutzrechtliche Pflichten des Arbeitgebers lassen sich auch nicht aus der Grundnorm des § 120 a Abs. 1 Gewerbeordnung (GewO) herleiten, da für die Arbeitshygiene die Sondervorschrift des § 3 Abs. 1 Nr. 1 ArbStättV gilt.

Darüber hinausgehende Maßnahmen sind allenfalls zur Abwehr drohender Gefahren im Einzelfall geboten (§ 3 Abs. 3 ArbStättV). Bei normalen Arbeitskontakten mit einem HIV-Infizierten besteht jedoch keine ernstliche Besorgnis nachteiliger Folgen. Selbst die theoretische Möglichkeit einer Ansteckung infolge atypischer Verletzungen ist derzeit als so geringfügig anzusehen, daß von einer ernstlichen Gesundheitsgefahr, die mit entsprechenden vorbeugenden Maßnahmen zu bekämpfen ist, nicht gesprochen werden kann.

Vereinzelt wird die Auffassung vertreten, daß Betriebsküchen und -kantinen sowie Betriebskindergärten in sensible Bereiche fallen. Zum Teil wird — auch soweit die UVV Gesundheitsdienst (VBG 103) nicht anzuwenden ist — eine Untersuchung zum Ausschluß einer HIV-Infektion als zulässig angesehen, wenn objektiv ein deutlich gesteigertes Risiko vorliege oder die Beschäftigung eines Infizierten bei Abwägung aller Umstände in einem bestimmten Bereich nicht zumutbar erscheine. Diese Meinungen berücksichtigen jedoch nicht, daß zur Verhinderung der Infizierung mit Krankheitserregern, die teilweise wesentlich leichter als HIV übertragbar sind, entsprechende Unfallverhütungsvorschriften und Hygienevorschriften bestehen und diese abschließende Regelungen darstellen. Im Arbeitsleben kann insofern nicht von einer ernstlichen, juristisch relevanten Gesundheitsgefahr, der nicht mit vorbeugenden Sicherheitsmaßnahmen begegnet werden kann, ausgegangen werden. So kann ein Arbeitnehmer auch nicht unter Berufung auf die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers verlangen, daß HIV-infizierte Mitarbeiter in Bereichen mit besonders geringen Kontakten zu Mitarbeitern oder Kunden beschäftigt werden. Sofern dies nicht mit konkret gesteigertem Risiko zu begründen ist, liegt insoweit eine unvertretbare Diskriminierung des infizierten Mitarbeiters vor.

6.6.1.2 Arbeitsschutzrecht im Gesundheitsdienst und Krankenhaus

In erster Linie ist die UVV Gesundheitsdienst vom Oktober 1982 (VBG 103) maßgeblich. Nach § 1 gilt sie für Unternehmen und Teile von Unternehmen:

— in denen Menschen stationär oder ambulant medizinisch untersucht, behandelt oder gepflegt werden,

— in denen Körpergewebe, -flüssigkeiten oder -ausscheidungen von Menschen oder Tieren untersucht oder Arbeiten mit Krankheitserregern ausgeführt werden,

— in denen infektiöse oder infektionsverdächtige Gegenstände und Stoffe desinfiziert werden,

— in denen Tiere veterinärmedizinisch untersucht oder behandelt werden und

— die Rettungs- und Krankentransport ausführen und die Hauskrankenpflege durchführen.

Damit ist der wesentliche Teil der Arbeitstätigkeiten erfaßt, bei dem die Gefahr des Kontaktes des eigenen Blutes des Arbeitnehmers mit infektiösen Körperflüssigkeiten von HIV-Antikörperträgern gegeben ist.

Da Arbeitnehmer, die mit potentiell HIV-infiziertem Blut oder Blutderivaten arbeiten, mit einem Gefahrstoff im Sinne von § 15 Abs. 1 Nr. 4 GefStoffV umgehen, begründet auch § 17 GefStoffV eine allgemeine Schutzpflicht des Arbeitgebers. Nach diesen Vorschriften hat der Arbeitgeber die erforderlichen Schutzmaßnahmen zu ergreifen. So muß er z. B. die notwendigen Schutzausrüstungen zur Verfügung stellen, die Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen beaufsichtigen und die Arbeitnehmer in einer Betriebsanweisung auf die erforderlichen Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln hinweisen. Da Blut als Gefahrstoff anzusehen ist, gelten im übrigen die Bestimmungen zur speziellen arbeitsmedizinischen Vorsorge der GefStoffV sowie der UVV Arbeitsmedizinische Vorsorge (VBG 100) (Erstuntersuchung bei Beschäftigungsbeginn, Nachuntersuchung — § 3 Abs. 1 UVV Arbeitsmedizinische Vorsorge sowie § 4 für die Weiterbeschäftigung).

Gemäß §§ 2 a und 18 UVV Gesundheitsdienst darf der Arbeitgeber auch nur solche Arbeitnehmer beschäftigen, insbesondere in Bereichen mit erhöhter Infektionsgefahr, deren Gesundheitszustand überwacht wird. Die Einbeziehung von HIV in eine solche Untersuchung ist umstritten. Die Erstreckung auf HIV erscheint mangels einer rechtlichen Grundlage als unzulässig. Zwar bestimmen die UVV, bei welchen Personen und innerhalb welcher Zeiträume Untersuchungen durchgeführt werden müssen; über die Art der Untersuchungen ergibt sich aus den UVV aber keine weitere Regelung. Vielmehr richtet sich der Umfang der Untersuchung nach den anerkannten arbeitsmedizinischen Regeln, die sich insbesondere in den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen ausdrükken. Der Ausschuß Arbeitsmedizin beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat jedoch im November 1987 keinen derzeitigen Bedarf dafür gesehen, HIV bzw. AIDS in den Berufsgenos-

senschaftlichen Grundsatz G 42 (Infektionskrankheiten) aufzunehmen.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sind zwar nicht duldungspflichtig, jedoch muß der Beschäftigte, der gegen Gefahrstoffe exponiert ist oder eine gefährdende Tätigkeit ausübt, dem Unternehmer eine Bescheinigung des ermächtigten Arztes beibringen, aus der ersichtlich ist, daß gegen seine Beschäftigung keine gesundheitlichen Bedenken bestehen. Dieses Prinzip gilt übertragen für alle speziellen Vorsorgeuntersuchungen nach den Berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen. Soweit kein Erfordernis für eine spezielle Vorsorgeuntersuchung auf HIV gesehen wird, ist eine solche Untersuchung unzulässig. Da unter Annahme eines UVV-gemäßen Verhaltens im Anwendungsbereich der UVV Gesundheitsdienst davon ausgegangen wird, daß kein erhebliches HIV-Infektionsrisiko gegeben sei, werden Einstellungs- und Wiederholungsuntersuchungen auf eine HIV-Infektion für zwecklos und damit rechtswidrig gehalten.

6.6.1.3 Kollektivrechtliche Aspekte

6.6.1.3.1 Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats

Nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) unterliegen die Regelungen über die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie über den Gesundheitsschutz im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften oder Unfallverhütungsvorschriften dem Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats und damit einer erzwingbaren Betriebsvereinbarung. Diese Vorschrift geht über die dem Betriebsrat nach § 80 BetrVG ohnehin obliegende Aufgabe, die Anwendung bestehender gesetzlicher Vorschriften zu überwachen, hinaus. Der Betriebsrat muß sich vielmehr selbständig mit der konkreten betrieblichen Situation auseinandersetzen und die eigene Mitbestimmung nutzen, um den Schutz der Arbeitnehmer sicherzustellen. Überall dort, wo die UVV oder allgemein anerkannte hygienische Regeln ausnahmsweise Schutzmaßnahmen gegen eine Infizierung mit HIV vorsehen, muß deren nähere betriebliche Ausgestaltung gemeinsam mit dem Betriebsrat vorgenommen werden. Allerdings besteht diese Mitbestimmungsbefugnis nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, läßt also nur deren Ausführung, nicht auch deren Erweiterung zu.

6.6.1.3.2 Betriebsvereinbarungen

Nach § 88 Nr. 1 BetrVG sind über das zwingende Arbeitsschutzrecht hinaus freiwillige Betriebsvereinbarungen über „zusätzliche Maßnahmen" zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes möglich. Eine Betriebsvereinbarung kann also über das geltende Arbeitsschutz- und Seuchenrecht hinausgehen.

Eine Verpflichtung der Arbeitnehmer, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen, kann nicht im Wege einer Betriebsvereinbarung begründet werden. Ein solcher Test ist ein Eingriff in das nach § 75 Abs. 2 BetrVG geschützte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere in das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Ein Eingriff in das Persönlichkeitsrecht des Arbeitnehmers kann aber nur durch Betriebsvereinbarung erfolgen, wenn dieser Eingriff objektiv erforderlich ist. Von einer objektiven Erforderlichkeit kann bei ärztlichen Untersuchungen nur gesprochen werden, soweit sie entweder gesetzlich vorgeschrieben oder wegen des Schutzes anderer Arbeitnehmer zwingend notwendig sind. Das ist aber gerade bei einer HIV-Infektion nicht der Fall, denn unter entsprechender Einrichtung des Arbeitsplatzes und der Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln und der besonderen UVV-Vorschriften ist ein Infektionsrisiko — das zeigt auch die bisherige Praxis — ausgeschlossen.

6.6.1.4 Tropentauglichkeit

Einige Firmen verlangen bei Auslands- oder Tropenaufenthalt ihrer Mitarbeiter die Durchführung eines HIV-Antikörpertests. Dieser ist bislang nicht in dem Berufsgenossenschaftlichen Grundsatz G 35 (Arbeitsaufenthalt im Ausland) aufgeführt. Der derzeit im Anhörungsverfahren befindliche Neuentwurf des Berufsgenossenschaftlichen Grundsatzes G 35 enthält zwar einen Hinweis auf den HIV-Test, jedoch ausdrücklich nur als erwünschte Untersuchungsmethode. Das heißt, der Arzt kann — sofern er es für geboten hält — dem zu Untersuchenden die Durchführung des HIV-Tests anbieten. Beim Neuentwurf ist bewußt darauf verzichtet worden, einen HIV-Infizierten mit „dauernden gesundheitlichen Bedenken" zu belegen. Dies ist in Anbetracht des körperlichen Zustands eines HIV-Infizierten in aller Regel nicht erforderlich. Derartige Bedenken kommen erst mit dem Stadium einer AIDS-Erkrankung zum Tragen.

Eine besondere Situation entsteht, wenn ein Arbeitnehmer in einem Land eingesetzt werden soll, das die Einreise von der Vorlage eines negativen Testergebnisses abhängig macht. Der Arbeitnehmer ist zwar auch dann nicht verpflichtet, sich testen zu lassen, seine Weigerung berechtigt aber den Arbeitgeber zur Kündigung, wenn sie für ihn unzumutbare arbeitsorganisatorische Belastungen zur Folge hat.

6.6.1.5 Zentralnervöse Störungen

Der Arbeitgeber kann auch im Hinblick auf mögliche zentralnervöse Störungen des Mitarbeiters bzw. Bewerbers nicht einseitig von ihm verlangen, sich einem HIV-Antikörpertest zu unterziehen. Häufig bei HIV-Infizierten auftretende Störungen des zentralen Nervensystems haben zwar zu der Besorgnis geführt, daß neurologisch-psychiatrische Funktionsstörungen von Belang auftreten könnten, noch bevor andere Symptome auf die Infektion hindeuten. Aufwendige psychometrische Testuntersuchungen von AIDS-Patienten in frühen Krankheitsstadien haben aber bis heute keine Befunde von klinischer Relevanz erbracht. Deshalb wurde auf einer Expertenkonferenz der WHO in Genf im März 1988 festgestellt, daß asymptomatische HIV-Infizierte und Patienten im Stadium der Lymphadenopathie ohne Probleme auch Berufe mit hoher Be-

anspruchung auszuüben vermögen. Dieselbe Auffassung vertritt der Nationale AIDS-Beirat in seinem Votum 19 vom 12. April 1989. Er hat dort festgestellt: „Gegenwärtig gibt es keine Hinweise darauf, daß bei asymptomatischen Personen mit HIV-Infektionen neurologisch-psychiatrische Abweichungen von klinischer Bedeutung in einem höheren Maß auftreten als bei Personen ohne HIV-Infektionen. Der HIV-Test kann die in vielen Berufsfeldern üblichen und erforderlichen Untersuchungen weder ersetzen noch ergänzen."

Auf diesen letzteren Gesichtspunkt hat auch der Leitende Arzt der „Deutsche Lufthansa AG" hingewiesen: „Zumindest für die Piloten unserer Fluggesellschaft sehen wir die Notwendigkeit der Einführung eines solchen HIV-Routinetests als derzeit nicht erforderlich an, nachdem ja nicht nur eine regelmäßige ärztliche Untersuchung dieses Kollektivs erfolgt, sondern zusätzlich ein vielstündiger Simulatortest im Abstand von sechs Monaten die psychische Leistungsfähigkeit eines Piloten immer wieder bis an ihre Grenzen auslotet."

In Übereinstimmung damit wird der HIV-Antikörpertest weder von den „Richtlinien für die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit des Luftfahrtpersonals" noch von den sonstigen Rechtsvorschriften und Richtlinien über körperliche Eignungsuntersuchungen vorgeschrieben oder empfohlen. Daraus folgt, daß der HIV-Antikörpertest vom Arbeitgeber grundsätzlich nicht in Eignungsuntersuchungen einbezogen werden darf.

6.6.1.6 Haftungs- und versicherungsrechtlicher Schutz des Arbeitnehmers bei berufsbedingter HIV-Infektion

Zum haftungsrechtlichen bzw. versicherungsrechtlichen Schutz des Arbeitnehmers: vgl. Kapitel AIDS und Recht, Unterabschnitt 8 **Sozialrechtrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung,** I. 6.8.1.2.

6.6.2 Begründung des Arbeitsverhältnisses

Das Arbeitsverhältnis fällt in den Bereich der Privatautonomie, die ihre verfassungsrechtliche Grundlage in Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) hat. Von der Privatautonomie mit umfaßt ist der Grundsatz der Vertragsfreiheit, welcher besagt, daß die Vertragspartner selbst bestimmen, von welchen Umständen sie den Abschluß eines Vertrags abhängig machen. Daraus folgt, daß bei der Vertragsanbahnung jeder den anderen nach Umständen fragen kann, die für ihn zum Abschluß des Vertrags wesentlich sind. Lediglich solche Fragen sind grundsätzlich unzulässig, die gegen gesetzliche Verbote verstoßen, denn die Privatautonomie findet ihre Grenzen in den Vorschriften sowohl des öffentlichen als auch des Zivilrechts.

6.6.2.1 Fragerecht des Arbeitgebers nach einer HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung

Steht dem Arbeitgeber grundsätzlich ein Fragerecht gegenüber dem Arbeitnehmer aus Artikel 2 Abs. 1 GG zu, so findet dieses jedoch seine Grenzen in dem Persönlichkeitsschutz des Arbeitnehmers, der diesem ebenfalls durch Artikel 2 Abs. 1 GG gewährt wird und der über die Generalklausel des § 242 BGB und § 611 BGB Eingang in das Arbeitsrecht gefunden hat. Dieser Schutz wiederum geht jedoch nur soweit, wie nicht die Rechte anderer verletzt werden.

Es stehen sich also zwei verschiedene Interessen gegenüber, die gegeneinander abzuwägen sind. Der Arbeitgeber hat ein Interesse daran, arbeitstechnische und betriebswirtschaftliche Risiken zu verringern. Demgegenüber hat der Bewerber ein Interesse daran, so wenig wie möglich aus seiner Privat- und Intimsphäre preiszugeben und dennoch eingestellt zu werden. Eine Abwägung dieser beiden Interessen ergibt, daß der Arbeitgeber den Bewerber nicht uneingeschränkt über seine gesundheitlichen Verhältnisse befragen darf. Ihm steht ein Fragerecht nur dann zu, wenn er ein berechtigtes, billigenswertes und schutzwürdiges Interesse an der Beantwortung seiner Fragen für das Arbeitsverhältnis hat. Im Gegensatz zu Fragen nach beruflichen und fachlichen Fähigkeiten, Kenntnissen und Erfahrungen, die uneingeschränkt gestellt werden dürfen, erfordern Fragen nach dem Gesundheitszustand eine besondere Rechtfertigung.

Das Bundesarbeitsgericht hat im Hinblick auf Krankheiten oder Infektionen grundsätzlich folgende Fragen anläßlich der Einstellung zugelassen:

- Liegt eine Krankheit bzw. Beeinträchtigung vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist?
- Liegen ansteckende Krankheiten vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchigen, aber Kollegen oder Kunden gefährden?
- Ist in absehbarer Zeit mit Arbeitsunfähigkeit zu rechnen, z. B. durch Operation, Kur oder akute Erkrankung?

Zunächst ist zu unterscheiden, ob lediglich nach einer HIV-Infektion oder nach einer AIDS-Erkrankung gefragt wird.

6.6.2.1.1 Frage nach einer HIV-Infektion

Bei Anwendung der vom Bundesarbeitsgericht festgelegten Maßstäbe ist bei der Frage nach einer bestehenden HIV-Infektion wie folgt zu differenzieren:

- Für den Fall der Einstellung für nicht besonders infektionsgefährdete Tätigkeiten kann ein Fragerecht des Arbeitgebers und eine entsprechende Auskunftspflicht des infizierten Arbeitnehmers nicht anerkannt werden. Wird gleichwohl gefragt, liegt eine Überschreitung des Fragerechts des Arbeitgebers vor. Dem Arbeitnehmer wird zur Wahrung seiner Interessen die Befugnis zuerkannt, eine unzulässige Frage wahrheitswidrig zu beant-

worten, ohne der Gefahr einer Anfechtung des Arbeitsvertrages ausgesetzt zu sein.

— Zum Teil wird für solche Arbeitsleistungen, bei denen die Gefahr auftritt, daß Blut und andere Körperflüssigkeiten des zu beschäftigenden Arbeitnehmers in Kontakt mit anderen Mitarbeitern des Betriebes oder auch Dritten kommen, ein Fragerecht anerkannt. So soll bei ärztlicher Tätigkeit oder in der Pflege bzw. bei Küchenpersonal oder bei Arbeitnehmern, die mit der Herstellung von Lebensmitteln betraut sind, ein Frage recht bestehen. Ein solches Recht des Arbeitgebers und entsprechend eine Offenbarungspflicht des Arbeitnehmers ist aber abzulehnen, weil nach heutigen Erkenntnissen keine Beeinträchtigung in der Eignung des einzustellenden Arbeitnehmers zu sehen ist. Bei Einhaltung der üblichen und vorgeschriebenen Sicherheits- und Hygieneregeln besteht kein Anlaß für die Annahme, daß der Arbeitnehmer eine Infektion übertragen kann.

6.6.2.1.2 Fragen nach einer AIDS-Erkrankung

Die Frage nach einer AIDS-Erkrankung einschließlich des Vorstadiums ARC ist zulässig, da diese Erkrankung die Fähigkeit des Arbeitnehmers zur Leistungserbringung erheblich einschränkt bzw. sogar ganz ausschließen kann. In diesen Stadien ist der Arbeitnehmer entweder schon ganz oder teilweise arbeitsunfähig oder es ist durch den Eintritt weiterer opportunistischer Infektionen in absehbarer Zeit mit seiner Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.

6.6.2.1.3 Personalfragebogen

Formularmäßig im Personalfragebogen gestellte Fragen nach dem Vorliegen einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung bedürfen nach § 94 Abs. 1 Satz 1 BetrVG der Zustimmung des Betriebsrates. Allerdings werden auch durch Zustimmung des Betriebsrates unzulässige Fragen nicht zulässig. Für Personalfragebogen gelten ebenfalls die oben dargelegten, von der Rechtsprechung als zwingendes Recht angesehenen Grundsätze über die Zulässigkeit von Fragen. Dasselbe gilt auch für eine entsprechend formalisierte mündliche Befragung.

6.6.2.2 Ärztliche Einstellungsuntersuchung

6.6.2.2.1 Pflicht des Arbeitgebers zur Prüfung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit

Das geltende Recht kennt keine allgemeine Verpflichtung des Arbeitgebers, einen Arbeitnehmer vor seiner Einstellung ärztlich untersuchen zu lassen. Nur in bestimmten Arbeitsbereichen und für bestimmte Personengruppen gibt es Vorschriften, nach denen eine Einstellungsuntersuchung erforderlich ist, wie zum Beispiel § 18 Abs. 1 Bundesseuchengesetz (BSeuchG), § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG), § 28 Abs. 2 GefStoffV, § 81 Abs. 1 Seemannsgesetz (SeemG), §§ 67 ff. Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Bis zur Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung besteht ein Beschäftigungsverbot.

6.6.2.2.2 Ärztliche Untersuchung auf Verlangen des Arbeitgebers

Das Verlangen des Arbeitgebers gegenüber einem Bewerber, sich zur Feststellung seiner körperlichen und gesundheitlichen Eignung einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, ist im Grundsatz anzuerkennen. Da die Untersuchung einen — jedoch durch Einwilligung des Bewerbers gerechtfertigten — Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Bewerbers darstellt, ist allein die körperliche und gesundheitliche Eignung des Bewerbers im Hinblick auf den in Aussicht genommenen Arbeitsplatz zu untersuchen.

Die Berechtigung zur Einbeziehung eines HIV-Antikörpertests in die Untersuchung ist grundsätzlich nach denselben Grundsätzen zu beurteilen wie die entsprechenden Einstellungsfragen. Demnach darf der HIV-Antikörpertest nur in wenigen Ausnahmefällen in Einstellungsuntersuchungen einbezogen werden. Um seine Einstellungschance nicht zunichte zu machen, wird sich der Bewerber aber häufig dem Testverlangen nicht entziehen können.

Wenn der Bewerber der Untersuchung durch den Arzt zustimmt, entbindet er ihn damit gleichzeitig insoweit von der Schweigepflicht, daß der Arzt dem Arbeitgeber mitteilen darf, ob der Bewerber „geeignet" oder „nicht geeignet" ist. Worauf der Arzt diese Diagnose im einzelnen stützt, darf er dem Arbeitgeber in der Regel nicht mitteilen. Allerdings ist der Arzt verpflichtet, den Bewerber über das Ergebnis zu informieren. Diesem muß es nun überlassen bleiben, ob er bei seiner Bewerbung bleibt oder nicht. Hält er sie aufrecht, dann muß er auch die Mitteilung (unter Umständen: „ungeeignet") an den Arbeitgeber in Kauf nehmen.

6.6.2.2.3 Auswahlrichtlinien

Macht der Arbeitgeber die Einstellung davon abhängig, daß der Bewerber ihm ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand vorlegt, so handelt es sich um eine Auswahlrichtlinie über die persönlichen Voraussetzungen für die Einstellung. Diese bedarf nach § 95 Abs. 1 und Abs. 2 BetrVG der Zustimmung des Betriebsrates, der damit einem unberechtigten Untersuchungsverlangen des Arbeitgebers entgegentreten kann.

6.6.2.2.4 Einstellungsanspruch des Arbeitnehmers bei Verweigerung der ärztlichen Untersuchung

Bewerber, die nicht eingestellt werden, weil sie die Teilnahme an der Einstellungsuntersuchung verweigern oder den untersuchenden Arzt nicht von seiner Schweigepflicht entbinden, haben keinen Einstellungsanspruch gegen den Arbeitgeber, und zwar auch dann nicht, wenn der Arbeitgeber unzulässige Fragen gestellt hat oder in unzulässiger Weise eine ärztliche Untersuchung verlangt oder vorgenommen

worden ist. Der Bewerber ist infolgedessen bei der betriebsärztlichen Einstellungsuntersuchung schlechter gestellt als bei der Einstellungsbefragung, da ihm hier die Möglichkeit der rechtlich zulässigen Falschbeantwortung nicht offensteht.

6.6.3 HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung als Kündigungsgrund

6.6.3.1 Ordentliche Kündigung

Eine ordentliche Kündigung kann fristgerecht ausgesprochen werden, wenn der betroffene Arbeitnehmer nicht unter das Kündigungsschutzgesetz fällt. Ansonsten ist eine Beachtung der Vorschriften des Kündigungsschutzgesetzes erforderlich. Dabei ist eine Angabe der Kündigungsgründe für die Wirksamkeit der Kündigung zwar nicht erforderlich, aber auf Anfrage müssen dem Arbeitnehmer die Gründe unverzüglich mitgeteilt werden.

Eine ordentliche Kündigung ist unter den Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Kündigungsschutzgesetz (KSchG) nur wirksam, wenn sie sozial gerechtfertigt ist. Das ist gemäß § 1 Abs. 2 KSchG dann der Fall, wenn sie auf Gründen beruht, die in der Person des Arbeitnehmers oder seinem Verhalten liegen. Auch können dringende betriebliche Erfordernisse einer Weiterbeschäftigung entgegenstehen, wobei der Arbeitgeber nach § 1 Abs. 3 KSchG soziale Gesichtspunkte, wie zum Beispiel Lebensalter, Dauer der Betriebszugehörigkeit und Gesundheitszustand ausreichend berücksichtigen muß. Ebenso darf die Kündigung nicht gegen eine Richtlinie nach § 95 BetrVG verstoßen. Im übrigen ist die Kündigung auch dann sozial ungerechtfertigt und damit unwirksam, wenn der Arbeitnehmer anderweitig im Unternehmen beschäftigt werden kann und der Betriebsrat der Kündigung deshalb widersprochen hat.

6.6.3.1.1 bei einer HIV-Infektion

Da eine Infektion mit HIV nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist eine damit begründete Kündigung unzulässig. Bei Arbeitnehmern stellt allein die Tatsache ihrer HIV-Infektion noch keinen Kündigungsgrund nach § 1 Abs. 2 KSchG dar, denn der Arbeitnehmer ist weiterhin arbeitsfähig. Da den Arbeitgeber in dieser Situation keine besonderen Pflichten treffen und der Arbeitnehmer die arbeitsvertraglich geschuldete Arbeitsleistung erbringen kann, ist die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses zumutbar, und es fehlt an einem personenbedingten Kündigungsgrund im Sinne des § 1 Abs. 2 KSchG. Ähnlich wie bei dem Hepatitis-B-Virusträger geht von dem mit HIV infizierten Arbeitnehmer keine besondere Gefahr aus, die nicht durch entsprechende Sicherheits- und Hygienemaßnahmen abzuwenden ist.

Das Bundesarbeitsgericht hat zwar in seinem Urteil vom 16. Februar 1989 (NJW 1990, S. 141 ff.) die Kündigung eines HIV-infizierten Arbeitnehmers für zulässig erklärt, sich jedoch nicht mit der kündigungsrechtlichen Problematik einer Kündigung wegen einer HIV-Infektion befaßt. Der revisionsrechtlichen Nachprüfung lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Der beklagte Arbeitgeber betrieb ein Blumengeschäft mit mehreren Filialen. Er beschäftigte einen Floristen drei Monate in seinem Betrieb, bevor er das Arbeitsverhältnis fristgerecht, ohne Gründe anzugeben, kündigte. Vorausgegangen war ein Selbsttötungsversuch, den der Florist unternommen hatte, als er erfuhr, daß er HIV-infiziert war. Seit diesem Zeitpunkt war er arbeitsunfähig krank.

In seiner Entscheidung konnte das Bundesarbeitsgericht nicht von den Feststellungen des vorinstanzlichen Gerichts abweichen. Dieses hatte die Behauptung des Klägers als wahr unterstellt, daß ihm der Beklagte wegen der HIV-Infektion gekündigt habe. Es sei aber nicht auszuschließen, daß auch der Selbsttötungsversuch des Klägers und die darauf beruhende Arbeitsunfähigkeit für den Kündigungsentschluß des Beklagten mit entscheidend gewesen seien. Weil der Kläger aufgrund der kurzen Dauer des Arbeitsverhältnisses noch nicht den Bestandsschutz nach dem KSchG genoß, konnte das Bundesarbeitsgericht die Kündigung nicht auf einen rechtfertigenden Grund, d. h. insbesondere auf einen nach § 1 KSchG erheblichen Grund, hin überprüfen. Vielmehr hatte es nur zu entscheiden, ob die Kündigung wegen Sittenwidrigkeit oder Verstoß gegen Treu und Glauben bzw. das Diskriminierungsverbot rechtsunwirksam sei. Das Gericht verneinte dies. Die Kündigung sei nicht aus niederen und verwerflichen Beweggründen ausgesprochen worden. Der Beklagte habe nicht bereits auf die Kenntnis von der HIV-Infektion mit der ordentlichen Kündigung reagiert, sondern zunächst die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit des Klägers abgewartet und erst dann gekündigt, nachdem ihm der Kläger eine Bescheinigung des behandelnden Arztes zugeleitet hatte, nach der der Kläger „bis auf weiteres arbeitsunfähig" sei. Auch aus diesem Grunde liege keine Diskriminierung des Klägers vor.

6.6.3.1.2 bei einer ARC- bzw. AIDS-Erkrankung

Eine ARC- oder AIDS-Erkrankung an sich rechtfertigt noch keine Kündigung. Steht jedoch fest, daß der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung nicht mehr zu erbringen vermag und auch die Beschäftigung auf einem anderen Platz deshalb ausscheidet, ist eine Kündigung stets zulässig. Das Bundesarbeitsgericht hat dies vor allem für Fälle entschieden, in denen es entweder um eine langanhaltende Krankheit oder um häufige kurzzeitige Erkrankungen ging. Diese Rechtsprechung ist auch für die ARC- bzw. AIDS-Erkrankung von Bedeutung.

Bei einer krankheitsbedingten dauernden Arbeitsunfähigkeit braucht für die Rechtmäßigkeit der Kündigung die erhebliche Betriebsbeeinträchtigung nicht dargelegt zu werden. Beim Vollbild von AIDS kommt es zu einer Vielzahl von Infektionen, die nicht endgültig, sondern häufig nur vorübergehend zu einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit führen. Eine Kündigung kann in diesem Fall nach den von der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts entwickelten Grundsätzen sozial gerechtfertigt sein. Voraussetzung ist bei einer Kündigung wegen häufiger kurzzeitiger Erkrankungen, daß zum Zeitpunkt der Kündi-

gung objektive Tatsachen vorliegen, die die ernste Besorgnis weiterer Erkrankungen rechtfertigen, und daß die prognostizierten Erkrankungen zu einer unzumutbaren Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen führen.

An das Vorliegen einer unzumutbaren wirtschaftlichen Belastung sind in diesem Fall nach der Rechtsprechung aber sehr hohe Anforderungen zu stellen. Dabei sind eine Vielzahl von Faktoren zu berücksichtigen, wie z. B. die bisherigen und zu erwartenden Krankheitszeiten, die individuellen Lohnkosten, die Dauer der betrieblichen Zugehörigkeit, die krankheitsbedingten betriebsorganisatorischen Störungen. Auch muß geprüft werden, ob eine Umsetzung des Arbeitnehmers möglich und zumutbar ist. Letztlich kommt es stets auf die Betrachtung des Einzelfalls an. Hierbei ist auch zu beachten, daß durch die Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren und die damit verbundene Verkürzung der Ausfallzeiten eine allgemeine Aussage über die Arbeitsfähigkeit eines ARC- bzw. AIDS-Kranken kaum zu treffen ist. Wenn dem Arbeitnehmer aufgrund seiner AIDS-Erkrankung die Eigenschaft als Schwerbehinderter zuerkannt wird, bedarf die Kündigung der vorherigen Zustimmung der Hauptfürsorgestelle gemäß § 15 Schwerbehindertengesetz (SchwbG).

6.6.3.2 Druckkündigung

Es ist die Situation denkbar, daß Teile der Belegschaft von der HIV-Infektion bzw. ARC-/AIDS-Erkrankung eines Arbeitskollegen erfahren und den Arbeitgeber ultimativ auffordern, den Kollegen zu entlassen, und den Arbeitgeber dadurch unter Druck setzen, indem sie ihre eigene Kündigung in Aussicht stellen bzw. mit einem Streik drohen.

Im Arbeitsleben dürfte eine Druckkündigung kaum von Erfolg sein. An die Zulässigkeit einer objektiv nicht gerechtfertigten Druckkündigung hat das Bundesarbeitsgericht in ständiger Rechtsprechung strenge Anforderungen gestellt. Der Arbeitgeber muß den Druck anderer Arbeitnehmer im Rahmen des Zumutbaren hinnehmen und darf ihn nicht auf den Arbeitnehmer abwälzen. So darf er dem Begehren der Belegschaft nicht bereits deshalb nachgeben, um Unannehmlichkeiten aus dem Wege zu gehen. Er hat sich vielmehr aufgrund seiner arbeitsvertraglichen Fürsorgepflicht schützend vor den betroffenen Arbeitnehmer zu stellen und alles Zumutbare zu versuchen, die Belegschaft von ihrer Drohung abzubringen. Nur wenn daraufhin trotzdem ein betriebsschädigendes Verhalten in Aussicht gestellt wird (z. B. Streik oder Massenkündigung) und dadurch schwere wirtschaftliche Schäden für den Arbeitgeber drohen, kann die Kündigung gerechtfertigt sein. Dabei ist Voraussetzung, daß die Kündigung das einzig praktisch in Betracht kommende Mittel ist, um Schäden abzuwenden.

Die Anforderungen an eine Druckkündigung gelten gerade auch für die Druckkündigung von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten, weil diese zwingend auf den Schutz durch den Arbeitgeber angewiesen sind. Gerade für sie ist es wichtig, daß sie in ihrem gewohnten Lebensbereich integriert bleiben und durch ein Maximum an seelischer Ausgeglichenheit der Infektion bzw. der Krankheit Widerstand leisten können.

Bei Anwendung dieser Grundsätze liegt es nahe, eine Druckkündigung gegen HIV-Infizierte für praktisch ausgeschlossen zu halten. Der Arbeitgeber ist aus seiner Fürsorgepflicht heraus stets verpflichtet, die Fehleinschätzungen der Arbeitskollegen durch Aufklärung ggf. mit Unterstützung der staatlichen Gesundheitsbehörde zu korrigieren.

Die Grundsätze über die Zulässigkeit der Druckkündigung gelten auch für die Fälle, daß Kunden des Arbeitgebers unter Androhung ihres Fernbleibens oder des Abbruchs der Geschäftsbeziehungen die Entlassung eines Arbeitnehmers fordern. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, daß es dem Arbeitgeber in aller Regel unmöglich ist, in entsprechender Weise auf seine Kunden einzuwirken. Eine Kündigung ist daher gerechtfertigt, wenn andere Mittel nicht zur Verfügung stehen, um drohende Schäden abzuwenden.*)

6.6.3.3 Außerordentliche Kündigung

Für eine außerordentliche Kündigung, also die Kündigung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, bedarf es nach § 626 Abs. 1 BGB eines wichtigen Grundes. Es müssen Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Arbeitgeber unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bei einem befristeten Arbeitsvertrag bis zu der vereinbarten Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. bei einem Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Das Auftreten von ARC-Symptomen oder die Erkrankung an AIDS stellen für sich allein noch keinen solchen wichtigen Grund dar. Insoweit ist eine fristlose Kündigung unzulässig.

Eine außerordentliche Kündigung kommt allerdings dann in Betracht, wenn es sich entweder um ein befristetes Arbeitsverhältnis handelt oder der Arbeitnehmer unkündbar ist. Sie setzt einen wichtigen Grund voraus. Ob eine HIV-Infektion bzw. eine AIDS-Erkrankung einen solchen wichtigen Grund darstellt, richtet sich nach den allgemeinen Grundsätzen. Danach muß es dem Arbeitgeber unzumutbar sein, an dem Dauerarbeitsverhältnis bzw. befristeten Arbeitsverhältnis festzuhalten. Die Anforderungen an einen wichtigen Grund sind wegen der Art des Arbeitsverhältnisses höher als an eine sozial gerechtfertigte ordentliche Kündigung.

---

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 370

II. Auswertungen

Bei richtiger Anwendung der arbeitsrechtlichen Vorschriften unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts besteht keine Gefahr der Diskriminierung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker. Der dennoch stattfindenden Benachteiligung und Ausgrenzung im Arbeitsleben ist nicht durch die Änderung arbeitsrechtlicher Vorschriften entgegenzuwirken, vielmehr handelt es sich um eine Aufgabe der betrieblichen Aufklärung und Prävention. Insgesamt veranlaßt die Bestandsaufnahme der arbeitsrechtlichen Vorschriften und Rechtsprechung die Kommission zu folgenden Feststellungen:

6.6.4.1

Im Arbeitsalltag schafft das Miteinander von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten mit Nichtinfizierten kein besonderes Infektionsrisiko.

6.6.4.2

Der Arbeitgeber hat die Verpflichtung, Arbeitnehmer im Rahmen ihrer betrieblichen Tätigkeit vor einer HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung zu schützen. Die Einhaltung der Hygiene- und Sicherheitsvorschriften gewährleistet nach bisherigem Kenntnisstand einen ausreichenden Schutz im Arbeitsleben.

6.6.4.3

Bei der Einstellung eines Arbeitnehmers besteht grundsätzlich kein Fragerecht des Arbeitgebers nach einer HIV-Infektion. Der Stellenbewerber darf die gleichwohl gestellte Frage des Arbeitgebers wahrheitswidrig beantworten.

6.6.4.4

Der Arbeitgeber hat bei der Einstellung eines Arbeitnehmers — wie bei allen anderen Erkrankungen — ein Fragerecht bezüglich einer ARC- bzw. AIDS-Erkrankung, weil mit weiteren opportunistischen Infektionen gerechnet werden muß, die zu längeren Ausfallzeiten führen können.

6.6.4.5

Die Einbeziehung des HIV-Antikörpertests in eine ärztliche Einstellungsuntersuchung ist grundsätzlich unzulässig. Ein wegen Verweigerung der Einstellungsuntersuchung übergangener Bewerber hat jedoch keinen Einstellungsanspruch.

6.6.4.6

Dem Arbeitgeber obliegt die Verpflichtung, der Ausgrenzung Infizierter und Erkrankter aus dem Arbeitsleben entgegenzuwirken. Sie trifft ebenso den Betriebsrat (§ 75 BetrVG), aber auch die Belegschaft insgesamt.

6.6.4.7

Der Arbeitgeber hat psychologische Akzeptanzprobleme ernstzunehmen und unbegründeten Ängsten durch Aufklärung entgegenzutreten. Eine Kündigung Infizierter im Hinblick auf ihre Infektion ist grundsätzlich unzulässig. Gegenüber Erkrankten stellt die Kündigung nur die ultima ratio dar.

6.6.4.8

Der Umgang mit Gesundheitsdaten hat den Anforderungen des Datenschutzes zu entsprechen. Auch insoweit ist einer diskriminierenden Behandlung einzelner Arbeitnehmer entgegenzutreten.

6.6.4.9 *)

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 370

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 7: Öffentliches Dienstrecht und AIDS

Seite

Einleitung

Die öffentlichen Dienstherrn haben gegenüber den Beschäftigten und den Bürgern dieselben arbeitsschutzrechtlichen Verpflichtungen wie die privaten Arbeitgeber gegenüber den Arbeitnehmern und den Kunden. Lediglich die Rechtsgrundlagen sind zum Teil andere. Das hat aber keine sachlichen Unterschiede zur Folge. Insoweit wird auf den Unterabschnitt 8 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** verwiesen.

Die Kommission hat sich deshalb in diesem Abschnitt nur mit der Frage befaßt, ob für den Zugang zum öffentlichen Dienst, die Entlassung von Beamten sowie die Kündigung von Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes im Hinblick auf HIV und AIDS andere Grundsätze gelten.

Die folgenden Ausführungen gelten gleicherweise für die in ihrer Rechtsstellung den Beamten angenäherten Richtern und Berufssoldaten.

I. Bestandsaufnahme

6.7.1 Der Zugang zum öffentlichen Dienst

Nach Artikel 33 Abs. 2 Grundgesetz (GG) hat jeder Deutsche nach seiner Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amt. Zur Eignung gehört auch, daß die Beschäftigten und die Bewerber für die von ihnen ausgeübte bzw. angestrebte Tätigkeit gesundheitlich geeignet sind. Sind sie krank oder infiziert, kann das ihre gesundheitliche Eignung beeinträchtigen. Das hängt — wie allgemein im Arbeitsrecht — von dem Ausmaß der Ansteckungsgefahr, der Einschränkung ihrer körperlichen Eignung und der Prognose ab. Die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Zugang zu dem öffentlichen Dienst sind unterschiedlich für Beamte und Arbeitnehmer.

6.7.2 Zur Ansteckungsgefahr bei HIV

Wie im Arbeitsrecht wird auch im öffentlichen Dienstrecht vereinzelt die Auffassung vertreten, daß HIV-Infizierte in Bereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung nicht beschäftigt werden dürften. Dazu kann auf die Ausführungen in dem Unterabschnitt 6 **Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung** verwiesen werden. Wie dort dargelegt, hat es der Ausschuß Arbeitsmedizin beim Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften im November 1987 abgelehnt, den HIV-Antikörpertest in die Liste der Pflichtuntersuchungen auf Infektionskrankheiten (Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz G 42 „Infektionskrankheiten") aufzunehmen. Damit ist klargestellt, daß nach dem Beschluß des Ausschusses Arbeitsmedizin die Beachtung der üblichen und vorgeschriebenen Sicherheits- und Hygieneregeln zur Vermeidung von Ansteckungen ausreicht und daß der HIV-Antikörpertest nicht unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsschutzes verlangt werden kann.

Eine Reihe von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, befürwortet dagegen den HIV-Antikörpertest als Pflichtuntersuchung für Krankenhausmitarbeiter, die in Arbeitsbereichen mit erhöhter Infektionsgefährdung zum Einsatz kommen. Gegen solche Pflichtuntersuchungen haben sich u. a. die Berliner Ärztekammer und die Berliner Krankenhausgesellschaft ausgesprochen.

6.7.3 Zur aktuellen Dienstfähigkeit bei HIV

Die Frage, ob und inwieweit eine HIV-Infektion die aktuelle Dienstfähigkeit der Beschäftigten oder Bewerber für die von ihnen ausgeübte oder angestrebte Tätigkeit beeinträchtigen kann, beantwortet sich nach denselben Grundsätzen wie im Arbeitsrecht. Wie dort ausgeführt, können asymptomatische HIV-Infizierte und Patienten mit milden Symptomen ohne Probleme auch Berufe mit hoher Beanspruchung ausüben.

6.7.4 Zur Prognose bei HIV

6.7.4.1 Zur Prognose bei Beamten

6.7.4.1.1 Beamte auf Lebenszeit

Das Beamtenverhältnis ist in der Regel ein auf die Lebenszeit des Beamten angelegtes gegenseitiges Dienst- und Treueverhältnis. Der Beamte ist bis zur Altersgrenze zur Dienstleistung und auf Lebenszeit zur Treue verpflichtet, der Dienstherr auf Lebenszeit des Beamten und seiner Hinterbliebenen zur Fürsorge und zur Alimentation (Besoldung und Versorgung). Darauf folgern Rechtsprechung und Verwaltungspraxis, daß auch die künftige Dienstfähigkeit eines Be-

werbers, der als Lebenszeitbeamter angestellt werden soll, nicht zweifelhaft sein darf. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts genügt dafür „schon eine körperliche oder psychische Veranlagung (zum Beispiel Labilität gegenüber Umwelteinflüssen), derart, daß die Möglichkeit häufiger Erkrankungen oder des Eintritts dauernder Dienstunfähigkeit schon vor Erreichen der Altersgrenze — und somit eine vorzeitige Versetzung in den Ruhestand — nicht mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann".

Nach diesen Grundsätzen fehlt selbst asymptomatisch HIV-Infizierten die künftige Dienstfähigkeit. Bei ihnen kann nicht mit „hoher Wahrscheinlichkeit" ausgeschlossen werden, daß sie vorzeitig erkranken. Daraus wird von Rechtswissenschaftlern und dem Bayerischen Verwaltungsgerichtshof gefolgert, daß Bewerber, von denen bekannt ist, daß sie HIV-infiziert sind, nicht auf Lebenszeit eingestellt werden dürfen.

Dem wird in der rechtswissenschaftlichen Diskussion entgegengehalten, die Zurückweisung symptomloser HIV-infizierter Beamtenbewerber verstoße gegen das Sozialstaatsgebot. Danach müsse der sozial handelnde Staat nicht nur behinderten Personen helfen, die bereits aus dem Gemeinschafts- und dem Arbeitsleben ausgeschieden seien, sondern er müsse auch alles unterlassen, was zu ihrer Ausgliederung führen könne. Wenn sich der Staat aber weigere, symptomlos HIV-infizierte Bewerber als Beamte einzustellen, sei zu befürchten, daß die privaten Arbeitgeber diesem Beispiel folgen werden. Es sei offensichtlich, daß ein solches Signal für die Ausgliederung der HIV-Infizierten aus dem Arbeitsleben mit dem Sozialstaatsgebot nicht zu vereinbaren sei.

Aufgrund dieser Erwägungen haben sich die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder — mit Ausnahme des Vertreters Bayerns — auf ihrer 59. Konferenz am 17./18. November 1988 in Berlin dafür ausgesprochen, daß „eine HIV-Infektion ohne Krankheitssymptomatik ... einer — auch auf Lebenszeit angelegten — Verbeamtung nicht entgegenstehen" dürfe.

Hiergegen wird eingewandt, daß es nicht zulässig sei, den sich aus Artikel 33 Abs. 2 GG ergebenden Eignungsgrundsatz aus sozialen Erwägungen im Wege der Auslegung zu durchbrechen; das könne nur der Gesetzgeber.

Die Konferenz der für das Beamtenrecht zuständigen Innenminister und Senatoren der Länder hat sich noch nicht auf eine einheitliche Linie geeinigt.

6.7.4.1.2 Beamte auf Probe

Für das Beamtenverhältnis auf Probe gelten dieselben Grundsätze, weil dieses Beamtenverhältnis eine Umwandlung in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit zum Ziel hat (vgl. § 3 Abs. 1 Nr. 3 Beamtenrechtsrahmengesetz).

6.7.4.1.3 Beamte auf Widerruf

Für das Beamtenverhältnis auf Widerruf gilt ebenfalls dasselbe, soweit es sich um einen Vorbereitungsdienst handelt, der auf eine spätere Übernahme in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit abzielt. Handelt es sich dagegen bei dem Vorbereitungsdienst um die Ausbildung für einen Beruf, der auch außerhalb des öffentlichen Dienstes ausgeübt werden kann (zum Beispiel der Vorbereitungsdienst der Juristen und Lehrer), dürfen Bewerber nicht wegen Zweifeln an ihrer dauernden Dienstfähigkeit zurückgewiesen werden. Zwar ist der Staat in solchen Fällen nach Artikel 12 Abs. 1 GG verpflichtet, zurückgewiesenen Bewerbern eine Ausbildung im Angestelltenverhältnis zu ermöglichen. Darauf dürfen HIV-infizierte Bewerber aber nicht verwiesen werden, weil die Ableistung der Ausbildung außerhalb des Beamtenverhältnisses für die Umgebung der Infizierten entsprechende Rückschlüsse nahelegt. Damit würden die Infizierten ohne Notwendigkeit der Gefahr der sozialen Diskriminierung und Ausgrenzung ausgesetzt.

6.7.4.1.4 Beamte auf Zeit

Für Beamte auf Zeit hat sich die Prognoseentscheidung auf die in Aussicht genommene Dauer des Beamtenverhältnisses zu beziehen. Dabei muß aber gegebenenfalls mitberücksichtigt werden, daß der Dienstherr gemäß § 4 Abs. 1 Beamtenversorgungsgesetz ab einer Dienstzeit von mindestens 5 Jahren das Versorgungsrisiko bei vorzeitiger Erkrankung trägt.

6.7.4.2 Zur Prognose bei Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes

Das Arbeitsverhältnis der Arbeiter und Angestellten (Arbeitnehmer) des öffentlichen Dienstes ist zwar nicht auf Lebenszeit angelegt. Es handelt sich aber in der Regel um eine langfrisige Bindung der Vertragspartner. Daraus wird gefolgert, daß sich bei den Arbeitnehmern des öffentlichen Dienstes die Prognose nicht wie sonst auf einen „absehbaren" Zeitraum zu beschränken habe, sondern auf eine längere Zeitspanne — etwa auf 10 Jahre — erstrecken müsse. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Zusatzversorgung für den öffentlichen Dienst verwiesen, die eine der Beamtenversorgung vergleichbare Gesamtversorgung der Arbeitnehmer gewährleistet. Dabei wird aber übersehen, daß es sich bei der Zusatzversorgung um eine Leistung handelt, die von der Dauer des Arbeitsverhältnisses abhängt. Dasselbe gilt für den besseren Kündigungsschutz der Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes. Es handelt sich also um Vergünstigungen, die sich die Arbeitnehmer „verdienen", wenn sie lange genug arbeitsfähig bleiben. Solche von der Dauer der Beschäftigung abhängigen Vergünstigungen rechtfertigen es nicht, die Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes bei der Einstellung anders zu behandeln als private Arbeitnehmer.

Die Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst können auch nicht im Hinblick auf § 7 Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) und die entsprechenden Tarifvorschriften anders als private Arbeitnehmer behandelt werden. Zwar haben Angestellte im Bereich des öffentlichen

Dienstes bei der Einstellung auf Verlangen des Arbeitgebers nach § 7 Abs. 1 BAT ihre körperliche Eignung durch ein Zeugnis eines vom Arbeitgeber bestimmten Arztes nachzuweisen. Auch sieht § 7 Abs. 2 BAT im bestehenden Arbeitsverhältnis die Möglichkeit einer Untersuchung bei „gegebener Veranlassung" vor. Entgegen der Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer begründen die Tarifnormen jedoch keine eigenständige Untersuchungspflicht, sondern verweisen lediglich auf die sich aus anderen Vorschriften ergebenden Untersuchungspflichten. Demgemäß hat der Arzt dem Arbeitgeber auch nur mitzuteilen, ob der Bewerber gesundheitlich geeignet ist oder nicht. Asymptomatische HIV-Infizierte sind aber nicht ungeeignet. Deshalb darf der Arzt den Arbeitgeber nicht über die Infektion informieren.

6.7.5 Zur Frage des Umfangs der Untersuchung von Beamtenbewerbern

6.7.5.1 Rechtslage

Nach Ansicht eines Teils der Kommission schreiben weder Artikel 33 Abs. 2 GG noch die Beamtengesetze vor, wie die gesundheitliche Eignung der Bewerber zu ermitteln sei. Aus dem allgemeinen Verfahrensgrundsatz des § 24 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) ergibt sich nur, daß die Verwaltungen alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände von Amts wegen aufklären müssen. Mangels spezialgesetzlich geregelter Nachweispflichten haben die Verwaltungen deshalb nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen, welche Beweismittel sie zur Ermittlung des Sachverhalts für erforderlich halten (§ 26 Abs. 1 VwVfG). Nach Ansicht des anderen Teils der Kommission sei nach Artikel 33 Abs. 2 GG und den Beamtengesetzen die gesundheitliche Eignung zwingende persönliche Einstellungsvoraussetzung. An die gesundheitliche Eignung sind hohe Anforderungen zu stellen. Aus § 24 VwVfG ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst vollständigen Klärung der gesundheitlichen Eignung des Bewerbers. Die gesundheitliche Eignung ist nicht teilbar, eine Beschränkung auf bestimmte Risikofaktoren ist verfassungsrechtlich nicht möglich.

6.7.5.2 Bisherige Untersuchungspraxis

Aufgrund dieser Rechtslage ist die Untersuchungspraxis in Bund, Ländern, Gemeinden, Körperschaften und Verwaltungen sehr unterschiedlich. Außenstehende haben zuweilen den Eindruck, daß für den Umfang und die Intensität der Eignungsuntersuchungen letztlich nicht so sehr sachliche Erwägungen als vielmehr die apparative Ausstattung und die diagnostischen Möglichkeiten der jeweiligen Gesundheitsämter ausschlaggebend sind.

Tatsächlich werden prognoserelevante risikoreiche Hobbys wie zum Beispiel Drachenfliegen, Motorradfahren oder der Skisport grundsätzlich überhaupt nicht und prognoserelevante Krankheitsbilder nur zum Teil in die Eignungsuntersuchungen mit einbezogen. Das gilt sowohl hinsichtlich der Risikofaktorenerfassung auf Herz- und Kreislauferkrankungen — nur erhebliches Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum und Bluthochdruck werden meist anamnestisch erfaßt — als auch für die Feststellung von Fehlfunktionen der Lunge — die früher übliche Lungenübersichtsaufnahme wird wegen der Strahlenbelastung abgelehnt — sowie von Stoffwechselstörungen mit Ausnahme der Zuckerkrankheit und von psychischen Störungen. Selbst auf Infektionskrankheiten mit hohem Ansteckungspotential wie Hepatitis B (§ 3 Abs. 2 Nr. 13 BSeuchG), die 1987 noch rund 5 100 gemeldete Neuerkrankungen mit fast 400 gemeldeten Todesfällen verursacht hat, und auf Tuberkulose, die sich erneut auszubreiten scheint, wird — wegen des hohen Untersuchungsaufwands und der Belastung für den Bewerber — nicht mehr generell untersucht. Bayern fordert beispielsweise über die — sehr weitgehende — Anamnese hinaus Blut- und Urinuntersuchungen nur noch dort, wo sich aus der Anamnese gezielt Verdachtsmomente ergeben.

Je nachdem, auf welche Vergleichskrankheit die HIV-Infektion bezogen wird, hält man den HIV-Antikörpertest bei Beamtenbewerbern für folgerichtig oder für verfehlt.

6.7.5.3 Rechtliche Bedenken gegen die bisherige Untersuchungspraxis

Gegen diese zu erheblichen Ungleichheiten führende Untersuchungspraxis werden in der Rechtswissenschaft folgende rechtliche Bedenken vorgebracht:

Die Spezialnorm des Artikel 33 Abs. 2 GG, gemäß der jeder Deutsche nach seiner Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amt habe, dürfe nicht isoliert betrachtet werden. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gelte das allgemeine Grundrecht der freien Berufswahl (Artikel 12 Abs. 1 Satz 1 GG) für alle Tätigkeiten, die Berufe im Sinne dieser Grundgesetznorm seien, also auch für Berufe, die zum öffentlichen Dienst im engeren Sinne gehören. Daraus folge, daß das Grundrecht der freien Berufswahl weder vom Dienstherrn noch vom Gesetzgeber beliebig eingeschränkt werden dürfe. Die Schranken müßten sich vielmehr aus der „Natur der Sache" ergeben. Soweit sich deshalb aus Artikel 33 GG unmittelbar oder aus der „Natur" des öffentlichen Dienstes keine Besonderheiten ergäben, greife Artikel 12 Abs. 1 GG ein. Dies gelte insbesondere für das Erfordernis gesetzlicher Regelungen in bezug auf Berufswahl und Berufsausübung.

Für das Erfordernis einer gesetzlichen Regelung spreche zudem auch die „Wesentlichkeitstheorie" des Bundesverfassungsgerichts, nach der „der Gesetzgeber verpflichtet sei, — losgelöst vom Merkmal des ‚Eingriffs' — in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, . . . alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen". An einer solchen Entscheidung fehle es aber gerade im Bereich der gesundheitlichen Eignungsuntersuchungen für Beamtenbewerber.

Hinzu komme, daß es sich verfahrensrechtlich bei den ärztlichen Eignungsuntersuchungen um die Auferlegung und Konkretisierung einer Mitwirkungspflicht im Rahmen des beamtenrechtlichen Ernennungsver-

fahrens handele. Eine solche „weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken", bestehe aber nur dann, „soweit sie durch Rechtsvorschriften besonders vorgesehen" sei (§ 26 Abs. 2 VwVfG). Solche Rechtsvorschriften fehlten bisher und ließen sich durch die überkommene beamtenrechtliche Praxis nicht ersetzen.

Die Ansicht, daß sich die Freiheit des Dienstherrn hinsichtlich der Anforderungen an die gesundheitliche Untersuchung von Beamtenbewerbern aus der Tatsache ableiten lasse, daß der Bewerber sich freiwillig für den öffentlichen Dienst interessiere, sei rechtlich nicht haltbar. Die darin liegende Unterstellung, daß ein Beamtenbewerber zugleich mit seiner Bewerbung pauschal auf die Ausübung der einschlägigen Grundrechte verzichte oder daß seine Grundrechte insoweit nicht gelten, sei offensichtlich unhaltbar; damit würden längst überwundene Vorstellungen von dem Beamtenverhältnis als „besonderem Gewaltverhältnis" wiederbelebt, das dann außerdem wohl auch grundrechtsbeseitigende Vorwirkungen für das beamtenrechtliche Bewerbungsverfahren haben solle.

6.7.5.4 Zur Einbeziehung des HIV-Antikörpertests in die Eignungsuntersuchungen

Wie sich aus den Ausführungen über die bisherige Untersuchungspraxis ergibt, wird den Verwaltungen bei den Eignungsuntersuchungen von Beamtenbewerbern ein weitgehender Beurteilungsspielraum zugebilligt.

Bei der Abwägung der Frage, ob es sich noch im Rahmen dieses Beurteilungsspielraums hält, wenn Verwaltungen davon absehen, sämtliche Beamtenbewerber auf HIV-Antikörper testen zu lassen, werden insbesondere folgende Argumente genannt:

- Der geringe prognostische Wert eines negativen Testergebnisses, das nur eine „Momentaufnahme" darstellt,
- die zur Zeit noch geringe Verbreitung der Infektion,
- die Seltenheit von Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen unter den Beamtenbewerbern,
- die Zumutbarkeit des Tests unter den Gesichtspunkten der psychischen und sozialen Auswirkungen sowie des geringen prädiktiven Wertes eines positiven Ergebnisses,
- der Aufwand für einen allgemeinen Test und
- die Auswirkungen der Signalwirkung eines solchen obligatorischen Tests für andere Bereiche des Erwerbslebens.

Daraus wird gefolgert, daß der Dienstherr auf die Durchführung eines HIV-Tests verzichten darf. Dieses Ergebnis ist jedoch umstritten.

6.7.5.5 Zur Einbeziehung des HIV-Risikos in die Anamnese

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof ist der Ansicht, die HIV-Infektion sei ein Einstellungshindernis. Die Verwaltungen müßten daher die Ärzte zumindest anweisen, ein mögliches HIV-Risiko in die Anamnese mit einzubeziehen. Die Ärzte sollen also die Beamtenbewerber nach ihren Sexualgewohnheiten und danach befragen, ob sie homosexuell oder drogenabhängig seien oder der Prostitution nachgingen.

Die Rechtsprechung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs ist in der Rechtsliteratur auf Widerspruch gestoßen: Damit werde von den Ärzten gefordert, den Intimbereich der Beamtenbewerber auszuforschen. Solches Vorgehen geriete jedoch in Konflikt mit dem grundgesetzlich geschützten Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Beamtenbewerber. Die Rechtsprechung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs habe vor allem für homosexuelle Beamtenbewerber Bedeutung. Homosexuelle müßten aber noch immer mit vielfältigen Diskriminierungen und Benachteiligungen rechnen, wenn ihre sexuelle Orientierung bekannt wird. Sie könnten deshalb ohne besondere gesetzliche Grundlage nicht gezwungen werden, diese Tatsache zu offenbaren. Außerdem würde eine derartige Praxis, die solche Homosexuelle aus dem öffentlichen Dienst ausgrenze, womöglich gegen Artikel 3 GG verstoßen.

Im übrigen sei nach der Lebenserfahrung nicht zu erwarten, daß mit solchen Fragen Infektionsrisiken aufgedeckt werden können. Die Fragen seien deshalb ungeeignet. Das Problem kann freilich nicht nur auf Homosexuelle reduziert werden. Heterosexuelle Infizierte unterschiedlicher Genese, Bluter sowie Personen mit einer früheren, flüchtigen Drogenanamnese müssen bei den Überlegungen berücksichtigt werden.

6.7.6 Die AIDS-Erkrankung als Entlassungs- und Kündigungsgrund

6.7.6.1 Beendigung des Beamtenverhältnisses

Ob Beamte wegen einer AIDS-Erkrankung und der daraus folgenden Arbeitsunfähigkeit in den Ruhestand zu versetzen oder zu entlassen sind, richtet sich nach den auch sonst bei Erkrankungen anwendbaren Rechtsgrundsätzen. Mit AIDS sind insoweit keine Besonderheiten verbunden.

6.7.6.2 Kündigung und Auflösung von Arbeitsverträgen im öffentlichen Dienst

Hinsichtlich der Kündigung und Auflösung von Arbeitsverträgen im öffentlichen Dienst wegen einer AIDS-Erkrankung ergeben sich nur insofern Besonderheiten, als sich die Kündigungsfristen des § 621 BGB gemäß § 53 Abs. 1 BAT je nach Dauer der Beschäftigungszeit verlängern, um nach 15jähriger Beschäftigungszeit in ein unkündbares Beschäftigungsverhältnis überzugehen, sofern der Arbeitnehmer das 40. Lebensjahr vollendet hat.

Bei solchen unkündbaren Arbeitnehmern kommt neben der außerordentlichen Kündigung auch eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach § 59 BAT in Betracht. Das setzt die Feststellung der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch Bescheid des Rentenversicherungsträgers voraus. Zögert der Arbeitnehmer diese Feststellung schuldhaft hinaus, genügt ein entsprechendes Gutachten des Amtsarztes. Die Voraus-

setzungen der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit ergeben sich aus §§ 1246 ff Reichsversicherungsordnung. Die Begriffe sind restriktiv auszulegen, um die Unkündbarkeit nicht zu unterlaufen.

Abgesehen vom Endstadium ist das Vollbild AIDS nicht generell mit Erwerbs- und Berufsunfähigkeit verbunden, denn der durchschnittliche stationäre Aufenthalt konnte inzwischen auf rund 30 Tage pro Jahr abgesenkt werden. Über längere Phasen kann der Beamte voll arbeitsfähig sein. Auch bei Krankheitsphasen, die ambulant behandelt werden, bleibt der Arbeitsausfall auf unter 50 Prozent begrenzt. Deshalb kommt es für die Frage der Erwerbs- und Berufsunfähigkeit beim Vollbild AIDS stets auf die Würdigung des Einzelfalls an.

II. Auswertungen

Beamtenbewerber werden in der Bundesrepublik Deutschland nicht generell auf HIV-Antikörper getestet. Ob die HIV-Infektion von Rechts wegen ein Einstellungshindernis ist und ob sowie in welcher Weise die Einstellungsbehörde einen Nachweis verlangen darf, ist rechtlich umstritten.

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder stützen — gegen die Stimme Bayerns — ihren Beschluß, HIV-infizierte Beamtenbewerber ohne Symptome nicht zurückzuweisen, im wesentlichen auf folgende soziale Erwägungen:

„— Wenn solche Fälle überhaupt auftauchen sollten, wird ihre Zahl und damit die fiskalische Bedeutung äußerst gering bleiben.
- Die Abweisung eines HIV-infizierten Bewerbers würde ... (eine) Signalwirkung für das übrige Erwerbsleben haben. Sie gilt es zu vermeiden.
- Mit der Einstellung eines HIV-infizierten Beamtenbewerbers würde umgekehrt der öffentliche Dienstherr ein positives Zeichen gegen Diskriminierung und für gesellschaftliche Integration setzen.
- Nicht-Diskriminierung und Integration HIV-infizierter Personen sind angesichts der Nichtheilbarkeit der Krankheit auf absehbare Zeit die einzigen Wege, gegenüber der Herausforderung AIDS grundlegende Errungenschaften einer zivilisierten Gesellschaft und Verfassungsgrundsätze, den Schutz der Menschenwürde und das Sozialstaatsgebot zu wahren."

Diese bestehende Rechtsunsicherheit ist auf die unzureichenden gesetzlichen Grundlagen zurückzuführen. Die Konturen des beamtenrechtlichen Begriffs der gesundheitlichen Eignung sind unscharf, die Praxis von Bund, Ländern, Gemeinden, Körperschaften und Verwaltungen bei den Eignungsuntersuchungen ist infolgedessen außerordentlich unterschiedlich.

Die Besonderheiten der HIV-Infektion sollten Anlaß geben, den beamtenrechtlichen Begriff der gesundheitlichen Eignung auch im Hinblick auf das Gleichheitsgebot, aber auch auf das Sozialstaatsgebot neu zu überdenken. Hierfür bietet sich beispielsweise eine präzisere Fassung des beamtenrechtlichen Begriffs der Eignung oder die Bekanntgabe eines Katalogs der prognoseerheblichen Krankheiten und der Diagnoseverfahren im Verordnungswege an. Soweit bei der Einstellung auch auf sozialstaatliche Gesichtspunkte abgestellt werden soll, erscheint es der Kommission geboten, ähnlich wie beim Schwerbehindertengesetz, eine gesetzliche Regelung zu schaffen.

Abschließend hat sich die Kommission mit der Erweiterung des Benachteiligungsverbotes nach den §§ 7 BRRG, 8 Abs. 1 BBG befaßt. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, daß geprüft werden sollte, ob das Beamtenrecht durch ein Benachteiligungsverbot im Hinblick auf die sexuelle Orientierung ergänzt werden sollte.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

6.7.7.1

einen Entwurf zum Beamtenrechtsrahmengesetz vorzulegen, in dem der Begriff der gesundheitlichen Eignung präzisiert wird und zwar sowohl hinsichtlich der prognoseerheblichen Krankheiten als auch der Diagnoseverfahren;

6.7.7.2

eine Überprüfung vorzunehmen, ob HIV-infizierte Beamtenbewerber hinsichtlich des Zugangs zum öffentlichen Dienst den Schwerbehinderten gleichgestellt werden können;

6.7.7.3

zu prüfen, ob das Beamtenrecht durch ein Benachteiligungsverbot im Hinblick auf die sexuelle Orientierung ergänzt werden sollte.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 8: Sozialrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung

Einleitung

Ziel des in Artikel 20 Abs. 1, Artikel 28 Abs. 1 Grundgesetz (GG) verankerten Sozialstaatsprinzips ist die Bewältigung sozialer Notlagen und Beeinträchtigungen, wie z. B. Krankheit, Alter, Invalidität, Arbeitslosigkeit und sonstige benachteiligende Lebensumstände.

Der Gesetzgeber, an den sich das Sozialstaatsgebot in erster Linie richtet und der im einzelnen zu bestimmen hat, was jeweils sozialstaatlich geboten ist, hat das Sozialstaatsgebot in § 1 Abs. 1 Sozialgesetzbuch — Allgemeiner Teil (SGB I) und in § 1 Abs. 2 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) mit der Verpflichtung beschrieben, jedem Bürger ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

Da unser Sozialsystem, historisch begründet, auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen beruht, werden die verschiedenen Leistungsgesetze nachfolgend auch getrennt voneinander untersucht, ausgewertet und es werden — soweit es der Kommission erforderlich erscheint — konkrete Vorschläge zur Verbesserung der bestehenden Situation gemacht. Dabei geht es speziell um die materiellen Leistungen im Hinblick auf HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte. Damit zusammenhängende Fragen, wie z. B. die des Datenschutzes und des Persönlichkeitsrechts des einzelnen sind nicht berücksichtigt worden, da sie nicht mit dem Leistungsgesichtspunkt des Sozialrechts in Verbindung stehen oder an anderen Stellen des Schlußberichts berücksichtigt werden.

Der Gesetzgeber hat durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477ff.) einen wesentlichen Teil des Sozialrechts novelliert, wobei das Krankenversicherungsrecht als 5. Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen wurde. Das Gesundheits-Reformgesetz liegt den nachstehenden Ausführungen zugrunde.

Die Kommission hält die ungewöhnlich ausführliche Darstellung der sozialrechtlichen Gesamtlage für erforderlich, um einer breiten Öffentlichkeit Orientierungshilfen für den weitgehend unbekannten und schwer zugänglichen Sozialrechtsbereich zu geben.

I. Bestandsaufnahme

6.8.1 Sozialversicherungsrecht

6.8.1.1 Krankenversicherung

6.8.1.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Mehr als 50 Mio. Menschen in der Bundesrepublik Deutschland sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder als Familienmitglied mitversichert. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind: Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen, Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkassen (§ 4 SGB V).

Die Mitglieder gehören der Krankenversicherung als Pflichtversicherte oder freiwillig Versicherte an. Pflichtversicherte sind im wesentlichen: Arbeiter und Angestellte unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze, Rentner bei Erfüllung bestimmter Vorversicherungszeiten, Arbeitslose, Landwirte, Bergleute und Studierende (§ 5 SGB V). Freiwillig Versicherte sind entweder der Krankenkasse beigetreten oder haben sich in der Krankenkasse weiterversichert, in der sie vorher pflichtversichert waren (§ 9 SGB V).

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat gemäß § 1 SGB V die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Der Versicherte hat Anspruch auf Leistungen zur Förderung seiner Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten, zur Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung einer Krankheit und auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit (§ 11 SGB V).

6.8.1.1.1.1 Leistungen zur Behandlung einer Krankheit

HIV-Infizierte und AIDS-Kranke, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben, wie alle Versicherten, gemäß § 27 SGB V einen Anspruch auf Krankenbehandlung. Dieser Anspruch umfaßt alle Leistungen, die notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das bedeutet, daß ein HIV-Infizierter oder AIDS-Kranker einen Anspruch hat unter anderem auf:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung (§ 28 SGB V),
- Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 ff SGB V),

— häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§ 37 f SGB V),

— Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V).

Zuweilen wird unter Berufung auf § 52 SGB V die Auffassung vertreten, daß bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken Leistungsbeschränkungen aufgrund Selbstverschuldens in Betracht kämen. Das ist unzutreffend. § 52 SGB V setzt voraus, daß sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich zugezogen haben. Leichtsinn ist aber noch kein Vorsatz. Im übrigen hängt die Frage, ob sich jemand vorsätzlich infiziert hat, wesentlich von der Situation ab, in der es zu der Ansteckung gekommen ist. Sie dürfte infolge der langen Latenzzeit von bis zu fünfzehn Jahren weitgehend unbekannt sein. Selbst die Betroffenen können darüber nur Vermutungen anstellen. Außerdem läßt sich wegen der langen Latenzzeit bei keinem der Erkrankten ausschließen, daß er sich schon zu einer Zeit infiziert hat, als die Übertragungswege noch nicht bekannt waren und es noch keine AIDS-Aufklärung gab.

Zur Frage, ob und inwieweit ärztliche Leistungen für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, hat die gemeinsame AIDS-Kommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen folgende Feststellungen getroffen (Deutsches Ärzteblatt 86, Heft 15 vom 13. April 1988, und Soziale Krankenversicherung 1989, Heft 3, S. 79ff., 84-85):

„a) HIV-Antikörpertest

Besteht im Zusammenhang mit der allgemeinen AIDS-Vorsorge, zum Beispiel anläßlich der Aufnahme sexueller Beziehungen mit einem bestimmten Partner, der konkrete Wunsch nach Testung auf HIV-Antikörper, so fällt dies in den Zuständigkeitsbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dagegen ist die Durchführung eines HIV-Antikörpertests bei einer Schwangeren zu Lasten der Krankenkasse möglich, da die Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorsehen, daß bei jeder Schwangeren zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ein HIV-Antikörpertest durchgeführt werden sollte, sofern die Betroffene ihr ausdrückliches Einverständnis erklärt.

Auch in denjenigen Fällen, in denen der Versicherte einer Krankenkasse die Befürchtung äußert, mit HIV infiziert worden zu sein, fällt der Wunsch auf Durchführung eines HIVAntikörpertests in die Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sofern der Arzt keine medizinisch relevante Indikation zur Durchführung eines solchen Tests erkennt. Eine in diesem Zusammenhang ggf. erfolgende Beratung durch den Arzt gehört allerdings dennoch zur kassenärztlichen Versorgung. Eine regionale Besonderheit besteht hier insofern, als aufgrund der Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Freistaat Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Durchführung des Abrechnungsverfahrens bei anonymen Untersuchungen auf HIV-Infektion eine Durchführung des Antikörpertests durch niedergelassene Ärzte zu Lasten des Freistaats Bayern möglich ist. (....)

Eine Zuständigkeit der Krankenkasse hinsichtlich der Durchführung von HIV-Antikörpertests liegt immer dann vor, wenn die Klärung des Verdachts einer HIV-Infektion medizinisch indiziert ist. So kann zum einen der Arzt aufgrund bestimmter Befunde die Notwendigkeit erkennen, den Immunstatus in bezug auf HIV zu überprüfen. Zum anderen ist die geforderte medizinische Indikation auch dann zu erkennen, wenn der Versicherte einer Krankenkasse aufgrund eines konkreten Verdachts, HIV-infiziert zu sein, den Arzt aufsucht und der Arzt den Verdacht auf das Vorliegen einer HIV-Infektion nicht allein aufgrund von Anamnese und klinischem Befund ausschließen kann. In diesem Fall würde dann der konkrete Verdacht auf das Vorliegen einer Infektion, die mit großer Wahrscheinlichkeit zum AIDS-Vollbild führt, die medizinische Indikation zur Überprüfung des Immunstatus darstellen.

In bezug auf leistungsrechtliche Überlegungen ebenfalls geklärt sind die zu Lasten der Unfallversicherungsträger durchzuführenden HIV-Antikörpertests bei Angehörigen medizinischer Berufe, die sich akzidentiell mit Blut eines HIV-Infizierten kontaminiert haben. In diesen Fällen werden ein sofortiger HIV-Antikörpertest sowie weitere Testungen nach 6 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten und 12 Monaten empfohlen.

b) Die gesicherte HIV-Infektion

Liegt eine HIV-Infektion vor, ohne daß der Infizierte spezifische Krankheitssymptome aufweist, so fallen die Maßnahmen im Zusammenhang mit der medizinisch notwendigen ärztlichen Betreuung des Patienten in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Tatsache, daß die HIV-Infektion über einen mehr oder weniger langen Zeitraum lediglich zu labormedizinisch nachvollziehbaren Veränderungen führt, ist für den Status der HIV-Infektion als Krankheit im Sinne von § 27 SGB V ohne Bedeutung. Aus diesem Grund kann die ärztliche Betreuung des HIV-Infizierten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden. Diese Betreuung umfaßt auch die Durchführung von Untersuchungen, die über eine Aufdeckung der immunologischen Veränderungen ggf. prognostische Aussagen bezüglich der Progression der Erkrankung in Richtung auf höhere CDC-Stadien zulassen.

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich der ärztlichen Betreuung von HIV-Infizierten ergibt sich auch daraus, daß trotz des Fehlens spezifischer Therapiemaßnahmen zur Verhinderung der weiteren Progression der Immunschwäche eine intensive Betreuung unter ärztlicher Leitung, einschließlich Anleitung zur Verhaltensmodifikation, offensichtlich geeignet ist, die Entwicklung der Immunschwäche zu verzögern. Dagegen sind weitergehende Maßnahmen, insbesondere medikamentöser Art, die geeignet sein sollen, die HIV-Infektion selbst zu

bekämpfen, nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführbar, wenn es sich hierbei um Heilverfahren handelt, die im Hinblick auf die Behandlung der HIV-Infizierten dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

c) Maßnahmen bei AIDS (CDC-Gruppe IV)

Werden im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, so sind sie im üblichen Rahmen der Krankenbehandlung zu .... gewähren."

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, daß die Krankenkassen nach §§ 63 ff. SGB V zusätzlich die Möglichkeit haben, „neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren, auch als Modellvorhaben, zu erproben". Diesen Erprobungsregelungen kommt gerade für AIDS besondere Bedeutung zu.

Im Bereich der Leistungen zur Krankenbehandlung hat das Gesundheits-Reformgesetz die Situation der gesetzlich Versicherten in einigen Bereichen verändert. Dies betrifft insbesondere die Beschränkungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auf grundsätzlich 4 Wochen je Krankheitsfall. Aufgrund der früheren Regelung des § 185 RVO hatten sich die Krankenversicherungen teilweise sehr großzügig an der Finanzierung der Pflegeleistungen für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke in der eigenen Wohnung beteiligt. Auch nach dem neuen Recht wird zwischen krankenhausersetzender (§ 37 Abs. 1 SGB V) und die (ambulante) ärztliche Behandlung sichernder (§ 37 Abs. 2 SGB V) häuslicher Krankenpflege unterschieden.

Die häusliche Krankenpflege umfaßt die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB ist eine Regelleistung, auf die ein Anspruch von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall besteht. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die krankenhausersetzende häusliche Krankenpflege auch für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst festgestellt hat, daß häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes geboten ist.

Mit der Regelung des § 37 Abs. 2 SGB V wird den Krankenkassen ermöglicht, in ihrer Satzung zu bestimmen, daß häusliche Krankenpflege auch dann erbracht wird, wenn sie zur Sicherung des Ziels der (ambulanten) ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Satzung kann dabei Umfang und Dauer der im Einzelfall erforderlichen Leistungen im gesetzlichen Rahmen bestimmen.

Sowohl für die Regelleistung als auch für die Satzungsleistung der Krankenkasse gilt, daß der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur besteht, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen oder versorgen kann. Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

Im weiteren wurden durch das Gesundheits-Reformgesetz die Zuzahlungen unter anderem zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln erhöht und Festbeträge eingeführt (§§ 34 ff. SGB V). Bei den Krankenhauskosten wird die Selbstbeteiligung bei Krankenhausaufenthalt bei Volljährigen vom 1. Januar 1991 an um 5,— DM auf 10,— DM pro Tag heraufgesetzt (§ 39 Abs. 4 SGB V); der Zeitraum der Zuzahlung ist weiterhin auf maximal 14 Tage je Kalenderjahr begrenzt.

Eine wichtige Neuregelung betrifft auch HIV-Infizierte mit erheblichen Krankheitsbeschwerden und AIDS-Kranke, die mit öffentlichem Nahverkehr, Taxi oder Behindertentransport zur medizinischen Einrichtung gelangen. Hier übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten nur noch, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind (§ 60 Abs. 1 SGB V) und nur den Betrag, der den direkt zu zahlenden Betrag von 20,— DM je Fahrt überschreitet (§ 60 Abs. 2 SGB V). Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nicht mehr übernommen.

Um im Hinblick auf die Zuzahlungen Härtefälle zu vermeiden, sind in §§ 61 f. SGB V Härtefallregelungen getroffen. So muß z. B. ein alleinstehender Versicherter, dessen Bruttoeinkommen 1 260,— DM monatlich nicht überschreitet, bis auf die Eigenbeteiligung an den Krankenhauskosten keine weiteren Zuzahlungen leisten.

6.8.1.1.1.2 Krankengeld

Im Krankheitsfall wird der Lebensunterhalt der versicherten Person durch Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und durch die Zahlung von Krankengeld gesichert. Ein Anspruch auf Krankengeld entsteht bei Versicherungspflichtigen von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt und bei Krankenhausbehandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an (§ 46 SGB V). Das Krankengeld beträgt 80% des regelmäßigen, für die Beitragsberechnung maßgeblichen Arbeitsentgelts.

Gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte Krankengeld grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit wird das Krankengeld jedoch nur für 78 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren (Blockfrist), gerechnet vom Tag des Beginns des Arbeitsunfähigkeit an, gewährt. Nach § 48 Abs. 2 SGB V entsteht ein neuer Krankengeldanspruch mit einer zweiten Blockfrist, wenn der Versicherte nach Ablauf der ersten Blockfrist wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig ist. Der Betroffene muß allerdings bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sein. Darüber hinaus ist notwendig, daß der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens 6 Monate nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und er einer Erwerbstätigkeit nachging oder aber der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Bisher sind die Krankenkassen ohne weiteres davon ausgegangen, daß es sich bei den auf der Immunschwäche AIDS beruhenden akuten Krankheitser-

scheinungen jeweils um dieselbe Krankheit handelt. Das führt für viele HIV-Infizierte und AIDS-Kranke zu erheblichen Problemen. Ob diese Rechtsauffassung der Krankenkassen zutrifft, ist noch nicht höchstrichterlich geklärt.

Durch den Begriff „dieselbe Krankheit" sollen insbesondere chronische oder degenerative Erkrankungen erfaßt werden, die dauernd, aber in wechselnder Intensität bestehen oder schubweise zur Arbeitsunfähigkeit führen, wie z. B. Tuberkulose, Magenleiden, Asthma, Bronchitiden oder Erkrankungen der inneren Organe. Es muß sich um ein im ursächlichen Sinne einheitliches Krankheitsgeschehen handeln. Das ist der Fall, solange die Krankheit nicht ausgeheilt ist und immer wieder zu behandlungsbedürftigen oder/und Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheitserscheinungen (Krankheitsbeschwerden) führt. In diesem Sinne liegt bei Beschwerden aufgrund von degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule auch dann „dieselbe Krankheit" vor, wenn von den in kürzeren Zeitabständen auftretenden Beschwerden die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte unterschiedlich stark betroffen sind. Dagegen handelt es sich bei wiederholten Herzinfarkten nicht um dieselbe Krankheit, weil die verschiedenen Infarkte nicht auf dieselbe Ursache und dasselbe Grundleiden zurückzuführen sind.

In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, daß der Begriff derselben Krankheit in Anbetracht des Grundsatzes der zeitlich unbegrenzten Leistung eng auszulegen ist. Es soll lediglich verhindert werden, daß eine Krankenkasse aus Anlaß desselben lang andauernden Krankheitsfalls innerhalb einer gewissen Zeit zu lange in Anspruch genommen wird; das Krankengeld soll nicht die Funktion einer rentenähnlichen Dauerleistung übernehmen.

Wendet man diese Auslegungsmaßstäbe auf AIDS an, dann fällt besonders ins Gewicht, daß die unmittelbare Folge der HIV-Infektion, die Immunschwäche, als solche nicht mit Krankheitsbeschwerden verbunden, sondern nur die Vorbedingung dafür ist, daß ganz unterschiedliche Ursachen die verschiedensten Krankheitserscheinungen auslösen können. Es wird deshalb für problematisch gehalten, die verschiedenen opportunistischen Infektionen ohne weiteres immer als „dieselbe Krankheit" im Sinne des § 48 SGB V anzusehen.

Auch wenn dem HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken während einer Krankheit gekündigt wird, behält er bei weiter fortbestehender Krankheit seinen Krankengeldanspruch bis zu 78 Wochen nach dem Zeitpunkt der Kündigung. Zwar endet die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung gemäß § 190 Abs. 2 SGB V mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses, aber gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bleibt die Mitgliedschaft so lange erhalten, wie ein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Die Krankenkassen haben aber nach § 51 SGB V die Möglichkeit, die Zahlung des Krankengeldes für AIDS-Kranke, die nach ärztlichem Urteil als erwerbsunfähig anzusehen sind, dadurch vorzeitig zu beenden, daß sie den Kranken eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu stellen haben. Stellen die AIDS-Kranken den Antrag nicht, entfällt ihr Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Stellen die Kranken einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation, wird dieser von den Reha-Trägern abgelehnt, weil die Reha-Träger AIDS-Kranke als nicht mehr rehabiblitationsfähig ansehen (vgl. 6.8.1.5.6). Der Reha-Antrag wird dann in einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente umgedeutet, und die AIDS-Kranken erhalten, falls die sonstigen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, anstelle des Krankengeldes Erwerbsunfähigkeitsrente. Das hat in den meisten Fällen aufgrund der Altersstruktur (20—40 Jahre) einen erheblichen finanziellen Abstieg zur Folge. Auch kommt es bei jungen Kranken immer wieder vor, daß die Wartezeitvoraussetzungen für eine Erwerbsunfähigkeitsrente noch nicht erfüllt sind. Dann sind diese Kranken auf Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) angewiesen.

Die Praxis der Krankenkassen und Reha-Träger, AIDS-Kranke generell als erwerbsunfähig und nicht mehr rehabilitationsfähig anzusehen, berücksichtigt nicht, daß es inzwischen dank intensiver medizinischer Forschung und gewachsener medizinischer Erfahrung möglich ist, die Lebenserwartung und Leistungsfähigkeit der an AIDS erkrankten Menschen erheblich zu verbessern. Abgesehen vom Endstadium ist das Vollbild AIDS heute nicht mehr generell mit Erwerbs- und Berufsunfähigkeit verbunden; denn der durchschnittliche stationäre Aufenthalt konnte inzwischen auf rund 30 Tage im Jahr abgesenkt werden, und der Arbeitsausfall bleibt auch bei Krankheitsphasen, die ambulant behandelt werden, meist auf unter 50% begrenzt. Deshalb kommt es für die Frage der Erwerbsunfähigkeit und Rehabilitationsfähigkeit auch beim Vollbild AIDS stets auf die Würdigung des Einzelfalles an.

6.8.1.1.1.3 Möglichkeiten der Weiterversicherung

HIV-Infizierte mit erheblichen Krankheitsbeschwerden und AIDS-Kranke, die wegen fortbestehender Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verloren haben und kein Krankengeld mehr erhalten, haben mehrere Möglichkeiten, ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten. Eine Pflichtversicherung als Arbeitsloser gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 Arbeitsförderungsgesetz (AFG) scheidet zwar in solchen Fällen aus, da ein Anspruch nach AFG voraussetzt, daß die betreffende Person dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht und dieses gerade bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit nicht der Fall ist. Soweit aber der HIV-Infizierte oder AIDS-Erkrankte vom Rentenversicherungsträger eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente erhält, ist er gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Für die Übergangszeit, d. h. ab Stellung des Rentenantrags bis zur Bewilligung der Rente bleibt der Antragsteller pflichtversichert (§ 189 SGB V). Im übrigen bleibt ihm die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 188 Abs. 2 SGB V. Soweit die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung nach § 9 SGB V

vorliegen, muß der Krankenversicherungsträger dem Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft entsprechen. Er darf ihn nicht mehr von einem HIV-Antikörpertest abhängig machen. Die freiwillige Weiterversicherung setzt voraus, daß der Betreffende selbst seine Beiträge zahlt oder daß die Beiträge von dem örtlichen Sozialhilfeträger geleistet werden.

6.8.1.1.1.4 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit

Das Gesundheits-Reformgesetz brachte neben der häuslichen Krankenpflege auch erstmals eine Regelung für Schwerpflegebedürftigkeit. Diese Leistungen werden jedoch erst vom 1. Januar 1991 an erbracht. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe wird nach § 53 SGB V gewährt, wenn ein Versicherter durch Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maße der Hilfe bedarf. Dabei wird eine Abgrenzung zwischen Krankheit und Pflege vermieden, was vom Gesetzgeber als erster Schritt in eine Absicherung von Pflegebedürftigkeit angesehen wurde. Vorrang wird jedoch gemäß § 53 Abs. 2 SGB V der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) eingeräumt.

Vorraussetzung für Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit ist u. a., daß der Betreffende in den letzten 60 Kalendermonaten mindestens 36 Monate sozialversichert gewesen ist (§ 54 Abs. 1 SGB V). Die Leistung bei Schwerpflegebedürftigkeit soll eine stationäre Pflege vermeiden, ist jedoch gemäß § 55 Abs. 1 SGB V auf die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätze pro Monat begrenzt. Die Aufwendungen der Krankenkasse dürfen den Betrag von 750,— DM im Monat nicht übersteigen. Kann die Pflege durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, so kann diese Leistung ab 1991 auch mit monatlich 400,— DM abgegolten werden (§ 57 SGBV).

Im übrigen trägt die Gesetzesreform der Gegebenheit Rechnung, daß Angehörige, Lebensgefährten oder sonstige Personen, die einen Schwerpflegebedürftigen nicht berufsmäßig versorgen, vorübergehend — z. B. durch Urlaub, Krankheit, o. ä. — verhindert sein können. In diesem Fall übernimmt die Krankenkasse bis maximal 4 Wochen die dadurch entstehenden Kosten einer Pflegeunterbringung außerhalb des Haushalts, jedoch nicht im Krankenhaus, und bis zu einem Höchstbetrag von 1 800,— DM (§ 56 SGB V). Diese Vertretungsregelung gilt seit dem 1. Januar 1989.

Inzwischen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die in § 53 Abs. 3 SGB V vorgesehenen einheitlichen Richtlinien zur Abgrenzung des Kreises der Schwerpflegebedürftigen beschlossen (Schwerpflegebedürftigkeitsrichtlinien vom 9. August 1989 (SchwRi)). Die für die Krankenkassen verbindlichen Richtlinien sind am 1. September 1989 in Kraft getreten.

In diesen Richtlinien haben die Spitzenverbände der Krankenkassen den Kreis der schwerpflegebedürftigen Personen erheblich eingeengt. Während es nach dem Wortlaut des § 53 Abs. 1 SGB V möglich wäre, Schwerpflegebedürftigkeit auch zu bejahen, wenn Versicherte nur für einzelne der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maß der Hilfe bedürfen, sollen nach den Richtlinien nur solche Versicherte als schwerpflegebedürftig anerkannt werden, die „in nahezu allen Bereichen" regelmäßig auf intensive Hilfe angewiesen sind (Nr. 5.2 SchwRi). Es ist deshalb zu erwarten, daß die neue Regelung allenfalls für AIDS-Kranke im Endstadium Bedeutung erlangen wird.

6.8.1.1.2 Private Krankenversicherung

Der gesamte Bereich der privaten Krankenversicherung unterliegt der Vertragsfreiheit. Das bedeutet, daß die gesetzlichen Vorschriften, die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, für diese Versicherung nicht verbindlich sind. Private Krankenversicherungsunternehmen können davon abweichende Bestimmungen durch ihre Organe festlegen lassen. Dies betrifft HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte, wie auch bei anderen Krankheiten üblich, in der Weise, daß die Versicherungsverträge die Aufnahme von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten ausschließen können bzw. die Abgabe wissentlich unrichtiger Angaben zur Person des zu Versichernden bei Versicherungsabschluß, z. B. Nichtangabe einer bekannten HIV-Infektion, Leistungsausschluß oder Leistungsminderung nach sich ziehen können. Ob eine private Krankenversicherung einen HIV-Antikörpertest fordert, ist deshalb auch Bestandteil der Vertragsbedingungen. Soweit bekannt, fordert derzeit keine private Krankenversicherung einen obligatorischen HIV-Antikörpertest.

6.8.1.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Soweit ein Arbeitnehmer im Rahmen seiner Berufsausübung mit HIV-infiziertem Blut in Kontakt kommt, kann später eine Infektion bei ihm eintreten. In diesem Fall stellt sich die Frage eines haftungs- bzw. versicherungsrechtlichen Schutzes.

6.8.1.2.1 Haftung des Arbeitgebers und gesetzliche Unfallversicherung

Aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers ergibt sich, daß er die Arbeit in der Weise zu organisieren hat, daß der Arbeitnehmer gegen Gefahren für Leben und Gesundheit insoweit geschützt ist, als es die Natur der Dienstleistung gestattet. Eine HIV-Infektion kann rechtlich als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit gewertet werden, sofern der Arbeitnehmer sich die Infektion in Ausübung seiner betrieblichen Tätigkeit zugezogen hat. In diesem Fall greift das öffentlich-rechtliche System der Unfallversicherung ein, die für den Arbeitgeber zugleich die Funktion einer Haftpflichtversicherung erfüllt und daher nach § 636 Reichsversicherungsordnung (RVO) eine sozialversicherungsrechtliche Haftungsbefreiung begründet.

Sie schließt die Schadensersatzpflicht des Arbeitgebers wegen Verletzung der Fürsorgepflicht nach den §§ 618 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), 62 Handelsgesetzbuch (HGB), 120 a Gewerbeordnung (GewO) aus. Der Sozialversicherungsträger kann den Arbeitgeber in einem solchen Fall nach § 640 RVO nur auf Rückgriff in Anspruch nehmen, wenn er ihm grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten nachweisen kann. Es stellt sich daher die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine berufsbedingte HIV-Infizierung als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anerkannt werden kann.

6.8.1.2.2 Arbeitsunfall und Berufskrankheit

Eine Haftung der Unfallversicherungsträger, das sind insbesondere die Berufsgenossenschaften, setzt voraus, daß die HIV-Infektion als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit anerkannt wird. Der Arbeitsunfall ist ein körperlich schädigendes, zeitlich begrenztes Ereignis, das von außen her auf den Versicherten während der versicherten Tätigkeit einwirkt. Als Arbeitsunfall gilt gem. § 551 RVO auch eine Berufskrankheit. Berufskrankheiten sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Liste bezeichnet und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit erleidet.

Da bei einer berufsbedingten Stich- oder Schnittverletzung nicht die unmittelbare Folge, sondern die mittelbaren Folgen der HIV-Infektion mit den nachfolgenden Krankheitsstadien von Bedeutung sind, liegt der Schwerpunkt der rechtlichen Bewertung auf dem Aspekt der Berufskrankheit.

6.8.1.2.3 AIDS als Berufskrankheit

Die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit i. S. des § 551 Abs. 1 RVO setzt voraus, daß sie in der sogenannten Berufskrankheiten-Liste (Anlage 1 zu § 1 Berufskrankheiten-Verordnung (BeKV) vom 8. Dezember 1976, BGBl I, S. 3329 i. d. F. der Verordnung vom 22. März 1988, BGBl I, S. 400) aufgenommen ist. Erkrankungen, die in der BeKV als Berufskrankheiten bezeichnet sind, können auch — wie die HIV-Infektion zeigt — aufgrund eines einmaligen, auf einen Arbeitstag begrenzten Ereignisses eintreten.

Nach der Berufskrankheiten-Verordnung gehören zu den Berufskrankheiten die „Infektionskrankheiten", wenn nach Nr. 3101 der Liste „der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war". Damit ist klargestellt, daß nicht jede berufliche Tätigkeit, bei der eine Infektionskrankheit erworben wird, geschützt ist. Der insoweit bestehende Schutz ist auf Versicherte begrenzt, die im Einzelfall durch ihre Tätigkeit der Ansteckungsgefahr besonders ausgesetzt sind. Diese besondere Gefährdung ist bei HIV dann gegeben, wenn die in den genannten Bereichen Tätigen mit Blut oder Körpersekreten umgehen müssen oder in Berührung kommen können, wie beispielsweise das Personal in Krankenhäusern oder Mitarbeiter in Forschungseinrichtungen. Bei AIDS ist die tatsächliche Infektionsgefahr in diesen Bereichen offenbar außerordentlich gering. Weltweit sind trotz zahlreich überprüfter Nadelstich- und Schnittverletzungen bzw. intensiver Kontakte mit HIV-infektiösem Material nur wenige Fälle bekannt geworden, bei denen für eine Infektion auf anderem Wege keine Anhaltspunkte gefunden werden konnten.

6.8.1.2.4 Kausalzusammenhang und Beweislast

Ein HIV-Virusträger kann die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nur dann in Anspruch nehmen, wenn ein berufsbedingtes schädigendes Ereignis auch nachgewiesen wird und ein Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis und der Infektion besteht. Problematisch ist jedoch, daß der Nachweis von HIV-Antikörpern zur Feststellung der Infizierung u. U. erst nach Monaten möglich ist und daß die Krankheit meistens erst Jahre später ausbricht.

Für den Versicherten wird es einerseits schwierig sein, den Nachweis zu erbringen, daß die Infizierung gerade bei einer versicherten Tätigkeit erfolgte. Andererseits kann, um Mißbrauch vorzubeugen, nicht die bloße Möglichkeit einer beruflichen Einwirkung und des ursächlichen Zusammenhangs ausreichen.

Diese Beweisprobleme sind durch die Rechtsprechung dadurch abgemildert worden, daß sie die Lücke zwischen „unbedingter Sicherheit" und „Möglichkeit" mit dem Erfordernis der „Wahrscheinlichkeit" ausgefüllt hat. Danach müssen die für den Kausalzusammenhang sprechenden Erwägungen so stark überwiegen, daß für die Bildung und Rechtfertigung der richterlichen Überzeugung die dagegen sprechenden Erwägungen ausscheiden. Diese Erwägungen sind vom Sozialversicherungsträger und gegebenenfalls von den Gerichten von Amts wegen aufzuklären (§§ 20 Sozialgesetzbuch-Verwaltungsverfahren (SGB-X), 103 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Kann eine hinreichende Wahrscheinlichkeit für das Bestehen eines Ursachenzusammenhangs trotz einer alle Möglichkeiten ausschöpfenden Sachverhaltsaufklärung nicht festgestellt werden, trägt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesozialgerichts der Anspruchsinhaber die objektive Beweislast, d. h. er erhält keine Versicherungsleistungen.

Wegen der Schwierigkeiten des Nachweises einer beruflich bedingten HIV-Infektion könnte daran gedacht werden, infektionsgefährdete Arbeitnehmer vor der Einstellung und während des Arbeitsverhältnisses auf HIV testen zu lassen. Das würde die Beweislage aber nur dann wesentlich verbessern, wenn die Tests in kurzen Abständen fortlaufend wiederholt würden. Es ist viel wichtiger und nach dem Berufskrankheitenrecht für die Beweisführung auch ausreichend, daß sich der Arbeitnehmer unmittelbar nach dem vermeintlichen HIV-Infektionsrisiko meldet und sich entsprechend der bekannten Serokonversionszeiten dem erforderlichen HIV-Test unterzieht. Wenn dann innerhalb der darauffolgenden Zeit eine Serokonversion erfolgt, übernimmt die Berufsgenossenschaft die weitere Haftung. Entsprechend heißt es in

der Anlage zu Ziffer 5.1 der „Richtlinien für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen" des Bundesgesundheitsamtes (Bundesgesundheitsblatt 31 Nr. 3, März 1988, S. 99):

„Besteht der Verdacht, daß eine Inokulation von HIV-haltigem Material erfolgte, so ist der Zwischenfall zu melden, und die exponierte Person ist unverzüglich klinisch und serologisch zu untersuchen. Die serologische Untersuchung ist nach 3, 6, 12, 26 und 52 Wochen zu wiederholen."

Es ist allerdings fraglich, ob diese Anweisung hinreichend befolgt wird.

Die Untersuchung kann auch durch einen Arzt eigener Wahl durchgeführt werden. Die Berufsgenossenschaften weisen durch entsprechende Merkblätter auf diese Rechtslage hin. Arbeitgeber und Betriebsrat sind verpflichtet, den Arbeitnehmern diese Informationen zu vermitteln.

Ein Arbeitnehmer, der einen entsprechenden Vorfall nicht meldet, so daß dieser auch nicht dokumentiert ist, wird wegen der geltenden Beweislastregelung Schwierigkeiten haben, die für seinen Anspruch erforderlichen Tatsachen nachzuweisen.

Liegt eine beruflich bedingte HIV-Infektion und damit eine Berufskrankheit vor, so gelten die Leistungsbestimmungen nach §§ 547 ff. RVO. Darunter fallen im wesentlichen Heilbehandlung, Verletztengeld, Verletztenrente, Sterbegeld und Rente für Hinterbliebene.

6.8.1.3 Gesetzliche Arbeitslosenversicherung

HIV-Infizierte und AIDS-Kranke haben, wie auch andere Versicherte, einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe unter folgenden Voraussetzungen:

Die Gewährung von Arbeitslosengeld setzt gemäß § 100 AFG voraus:

a) Der Anspruchssteller muß arbeitslos sein,

b) der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen,

c) eine Anwartschaft erfüllt haben (nach § 104 AFG mindestens 360 Kalendertage beitragspflichtig beschäftigt gewesen sein; in Ausnahmefällen auch 180 Kalendertage) und

d) sich arbeitslos gemeldet und Arbeitslosengeld beantragt haben.

Ein Anspruch auf Arbeitslosenhilfe setzt gemäß § 134 AFG voraus:

a) Der Anspruchssteller muß arbeitslos sein,

b) der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen,

c) sich arbeitslos gemeldet und Arbeitslosenhilfe beantragt haben,

d) keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,

e) bedürftig sein und für mindestens 150 Kalendertage oder in Ausnahmefällen auch 240 Kalendertage beitragspflichtig beschäftigt gewesen sein.

Wenn AIDS-Kranke der Arbeitsvermittlung nicht mehr zur Verfügung stehen, weil sie wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit nicht mehr vermittelbar sind, erhalten sie solange Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, bis der zuständige Rentenversicherungsträger ihre Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit feststellt (§§ 105 a Abs. 1, 134 Abs. 4 AFG). Hält das Arbeitsamt den Arbeitslosen für berufs- oder erwerbsunfähig, hat es ihn gemäß § 105 a Abs. 2 AFG unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen. Kommt der Arbeitslose dieser Aufforderung nicht nach, ruht sein Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe.

Hier treten wegen der Praxis der Reha-Träger, AIDS-Kranke generell als nicht mehr rehabilitationsfähig anzusehen, dieselben Probleme wie beim Krankengeld auf (vgl. 6.8.1.1.1.2)

Grundsätzlich werden Arbeitslose gemäß §§ 155 ff. AFG krankenversichert. Zwar haben sich mit dem Gesundheits-Reformgesetz auch die krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen im AFG leicht geändert, aber die grundlegenden Anspruchsvoraussetzungen blieben bestehen:

a) Wer arbeitslos ist und Ansprüche nach dem AFG besitzt, wird vom Arbeitsamt auch krankenversichert.

b) Tritt in dieser Zeit ein Krankheitszustand ein, so setzen die Leistungen der Krankenversicherung ein (vgl. § 155 Abs. 2 Satz 1 AFG i.V.m. § 48 SGB V), jedoch ist die Höhe des Krankengeldes durch § 158 AFG auf die Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe oder des Übergangsgeldes begrenzt.

c) Endet das Anspruchsverhältnis nach dem AFG, so besteht die Möglichkeit der freiwilligen Eigenversicherung (§ 188 SGB V). Während der Sperrzeiten gemäß § 119 AFG besteht nach § 155 Abs. 2 AFG innerhalb der ersten vier Wochen kein Krankenversicherungsschutz. Dieser tritt erst ab der fünften Woche ein.

6.8.1.4 Gesetzliche Rentenversicherung

Für sozialversicherte HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte sind aus dem Bereich der Rentenversicherung vor allem die Berufsunfähigkeitsrente und die Erwerbsunfähigkeitsrente von großer Bedeutung (§§ 1245 ff. RVO).

Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von „Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte" auf unter 50 % herabgesunken ist (§ 1246 Abs. 2 RVO). Voraussetzung für die Leistung ist, daß die Wartezeit von 5 Jahren erfüllt ist, die durch Beitrags-, Ersatz- oder Kindererziehungszeiten erlangt werden kann. Einschränkend kommt hinzu, daß in den *letzten* 5 Jahren vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 36 Monate mit *Pflicht*beiträgen belegt sein müssen. Unter bestimmten Voraussetzungen verlängert sich der 5-Jahres-Zeitraum um weitere Zeiten, z. B. solchen einer Krankheit oder Ar-

beitslosigkeit oder einer Kindererziehung bis zum vollendeten 5. Lebensjahr des Kindes.

Erwerbsunfähig ist nach § 1247 Abs. 2 RVO, wer infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte — für 1990: nicht mehr als 470,— DM monatlich — durch Erwerbstätigkeit erzielen kann. Hinsichtlich der Erfüllung der Wartezeit sowie der 3/5 Belegung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalls gelten die gleichen Bedingungen wie hinsichtlich der Berufsunfähigkeitsrente.

Wie schon hervorgehoben, hängt die Frage, ob ein AIDS-Patient berufs- bzw. erwerbsunfähig ist, vom Einzelfall ab und ist nur individuell bestimmbar. So kann trotz des Vollbildes AIDS bei einigen Patienten bis zu ihrem Tod von voller Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden.

Die Rentenleistung liegt bei der Erwerbsunfähigkeitsrente (Steigerungssatz je Versicherungsjahr 1,5%) wesentlich höher als bei der Berufsunfähigkeitsrente (Steigerungssatz je Versicherungsjahr: 1,0%). Doch beide Rentenarten werden — wie andere Rentenleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung — vor allem nach der Dauer und Höhe der Beitragszahlung errechnet. AIDS-Patienten sind meistens noch jung, oft waren sie nicht lange genug sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Sofern in solchen Fällen die bei Frühinvalidität bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres gewährte Zurechnungszeit keinen hinlänglichen Ausgleich schaffen kann, bewegen sich die Renten häufig auf oder unter Sozialhilfeniveau, sofern die Wartezeitvoraussetzungen überhaupt erfüllt sind.

6.8.1.5 Rehabilitation

Für HIV-Infizierte von großer Bedeutung zur Erhaltung oder Besserung ihrer Gesundheit wie ihrer Arbeitsfähigkeit sind Rehabilitationsleistungen. Die Leistungen zur Rehabilitation werden üblicherweise in Leistungen der medizinischen, der beruflichen und der sozialen Rehabilitation untergliedert. Das entspricht in etwa den unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen der Rehabilitationsträger. Rehabilitationsträger sind vor allem die Träger der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung sowie die Bundesanstalt für Arbeit. Auch die Sozialhilfeträger leisten Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation.

6.8.1.5.1 Allgemeine Voraussetzungen

Die Sozialversicherungszweige normieren unterschiedliche Leistungszwecke und Leistungsvoraussetzungen für den Zugang zur Rehabilitation. Wesentlich sind vor allem die unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung einerseits, der Krankenversicherung andererseits sowie zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation der Bundesanstalt für Arbeit einerseits, der Rentenversicherung andererseits.

Die für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen geltenden Vorschriften sind im Rehabilitations-Angleichungsgesetz geregelt.

6.8.1.5.2 Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung

Das Ziel der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt sich aus § 1236 Abs. 1 RVO. Danach sind die Leistungen darauf auszurichten, die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen („Rehabilitation vor Rente"). Rehabilitationsziel der Rentenversicherung ist — im Unterschied zur Krankenversicherung — nicht die Heilung einer Krankheit oder Besserung einer Behinderung schlechthin, sondern die Wiederherstellung bzw. wesentliche Besserung einer durch Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit. Aufgabe der Rentenversicherung ist somit die Rehabilitation in denjenigen Fällen, in denen Leistungen erforderlich sind, um die Versicherten zur weiteren Ausübung ihrer Erwerbsfähigkeit oder — falls sie nicht mehr erwerbsfähig sind — zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu befähigen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung erhält im wesentlichen, wer eine Versicherungszeit von 60 Monaten erfüllt hat, oder wer im Zeitpunkt der Antragstellung versicherungspflichtig beschäftigt oder tätig ist und diese Beschäftigung oder Tätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung seiner Schul- oder Berufsausbildung aufgenommen hat.

Die medizinischen Maßnahmen umfassen insbesondere die Heilbehandlung in Kurkliniken und Spezialeinrichtungen einschließlich ärztlicher Behandlung, Arznei- und Verbandsmittel, Heilmittel, Krankengymnastik sowie die erforderliche Unterkunft und Verpflegung. Zusätzlich gesteht das Gesetz dem Rehabilitanden ergänzende Leistungen nach § 1237 b RVO zu. Diese umfassen u. a. Übergangsgeld (§§ 1240ff. RVO), Reisekostenübernahme (§ 1241 g RVO), unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe.

Handelt es sich bei der Rehabilitation um eine stationäre Heilbehandlung, so hat der Rehabilitand für jeden Kalendertag der stationären Heilbehandlung 10,— DM zuzuzahlen (§ 1243 RVO), wobei Ausnahmen möglich sind.

Liegen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht vor oder kann die Erwerbsfähigkeit nicht mehr wesentlich gebessert bzw. wiederhergestellt werden, ist subsidiär die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrem Instrumentarium zuständig.

6.8.1.5.3 Medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz wurden auch die Vorschriften über die medizinische Rehabilitation der Krankenversicherung neu gefaßt. Regelt § 23 Abs. 2

und 4 SGB V den Bereich der *Vorsorgekur* und § 24 SGB V die Vorsorgekuren für Mütter, so wird die medizinische *Rehabilitationskur* im Rahmen der Krankenbehandlung in den §§ 40 — 43 SGB V normiert. Die ambulanten Vorsorgeleistungen sind Regelleistungen, die anders als bisher von jeder Krankenkasse erbracht werden müssen. Während auf die ambulante Vorsorgeleistung nach § 23 Abs. 1 SGB V ein Rechtsanspruch besteht, sind ambulante Vorsorgekuren (§ 23 Abs. 2 SGB V) und stationäre Vorsorgemaßnahmen (§ 23 Abs. 4 SGB V) Ermessensleistungen. Bei der Ausübung ihres Ermessens hat die Krankenkasse die in § 33 SGB I enthaltenen Grundsätze zur Ausgestaltung von Rechten und Pflichten zu beachten.

6.8.1.5.3.1 Vorsorgekur

Wenn ambulante Vorsorgeleistungen aus medizinischen Gründen nicht ausreichen, kann die Krankenkasse gemäß § 23 Abs. 2 SGB V diese Leistungen in Form einer ambulanten Vorsorgekur erbringen. Als weitere Leistung sieht § 23 Abs. 4 SGB V die stationäre Vorsorgekur vor. Die Leistungen sollen für längstens vier Wochen erbracht werden(§ 23 Abs. 5 SGB V). Eine Verlängerung ist danach im Einzelfall möglich, wenn sie medizinisch begründet ist. Dies muß von der Krankenkasse unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes geprüft werden. Dabei kann bei einem Verlängerungsantrag eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst durchaus auch nach Aktenlage erfolgen.

Bei der ambulanten Vorsorgekur übernehmen die Krankenkassen die vollen Kosten für die medizinische Leistung. Zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) können die Satzungen der Krankenkassen einen Zuschuß von bis zu 15,— DM täglich vorsehen.

Die Kosten für die stationäre Vorsorgekur trägt voll die entsprechende Krankenkasse. Jedoch muß jede kurende Person, die über 18 Jahre alt ist, sich mit 10,— DM pro Tag an den Kosten beteiligen.

6.8.1.5.3.2 Rehabilitationskur

Ist die Person bereits krank und eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend oder nicht geeignet oder soll nach einem Krankenhausaufenthalt der Behandlungserfolg erreicht oder gesichert werden, so kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten oder stationären Rehabilitationskur erbringen (§ 40 SGB V). Die Leistungsdauer bei ambulanten Rehabilitationskuren (§ 40 Abs. 1, Abs. 3 SGB V) ist grundsätzlich auf vier Wochen begrenzt. Sie kann in medizinischen begründeten Fällen verlängert werden. Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 Abs. 2 SGB V) sieht das Gesetz keine Höchstdauer vor.

Neben der vollen Kostenübernahme für die medizinischen Leistungen kann die Krankenkassensatzung bei ambulanten Rehabilitationskuren einen Zuschuß zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) von maximal 15,— DM pro Tag vorgesehen. Sollte die ambulante Kur nicht ausreichen, kann die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen (§ 40 Abs. 2 SGB V). Für die stationäre Rehabilitationskur muß die kurende Person, wenn sie über 18 Jahre alt ist, pro Kalendertag einen eigenen Beitrag von 10,— DM entrichten (bis zum 31. Dezember 1990 muß der Kurgast für die stationäre Rehabilitationskur pro Tag nur 5,— DM bezahlen).

Die Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen (z. B. bei Tagegeldern) durch Patienten können aufgrund der Härtefallregelungen des §§ 61 und 62 SGB V teilweise oder vollständig erlassen werden.

Außerdem können die Krankenkassen den Versicherten nach § 43 Nr. 2 SGB V ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gewähren, die unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, aber nicht zu den berufsfördernden Leistungen zur Rehabilitation oder den Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung gehören. In diesem Zusammenhang ist von den Krankenkassen auch zu erwägen, inwieweit Zuschüsse beispielsweise für eine Betreuung von AIDS-Patienten in therapeutischen Wohngemeinschaften möglich sind. Im weiteren können die Krankenkassen gemäß § 43 Nr. 1 SGB V Rehabilitationssport fördern, der den Versicherten ärztlich verordnet wurde. Ergänzende Leistungen setzen jedoch voraus, daß die Krankenkassen Krankenbehandlung geleistet haben oder noch leisten.

6.8.1.5.4 Berufsfördernde Leistungen der Rehabilitation

Berufsfördernde Leistungen der Rehabilitation erbringt vor allem die Bundesanstalt für Arbeit. Subsidiär ist die gesetzliche Rentenversicherung zuständig, sofern der Versicherte im Zeitpunkt der Antragstellung eine Versicherungszeit von 180 Monaten zurückgelegt hat. Ansprüche auf berufsfördernde Leistungen (Belastungserprobung und Arbeitstherapie) können sich außerdem aus § 42 SGB V ergeben, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden können.

Berufsfördernde Leistungen der Rehabilitation umfassen insbesondere: Hilfen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber; Hilfen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderung erforderlichen Grundausbildung; Hilfen zur beruflichen Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung einschließlich eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen Schulabschlusses; sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um den Betreuten eine angemessene und geeignete Erwerbs- und Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen.

6.8.1.5.5 Medizinische und berufsfördernde Rehabilitationsleistungen der Unfallversicherung

Die medizinischen und berufsfördernden Rehabilitationsleistungen der Unfallversicherung stimmen mit denen der anderen Sozialversicherungszweige im wesentlichen überein, unterscheiden sich aber nach ihrer Zwecksetzung, die Auswirkungen eines Arbeitsunfalls zu kompensieren. Zusätzlich werden Pflegeleistungen gewährt, solange der durch den Arbeitsunfall Verletzte so hilflos ist, daß er nicht ohne Wartung und Pflege bleiben kann. Häusliche Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erbringt seit dem Gesundheitsreformgesetz in Fällen der Schwerpflegebedürftigkeit begrenzt auch die Krankenversicherung (vgl. 6.8.1.1.1.4). Ferner können von den Sozialhilfeträgern Pflegehilfen beansprucht werden (vgl. 6.8.2.3).

6.8.1.5.6 Rehabilitation und HIV/AIDS

Von den Trägern der Sozialversicherung haben bislang nur die Rentenversicherungsträger „Verfahrensempfehlungen" für die Bewilligung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken erlassen (Fassung vom 7. November 1989). Die Rentenversicherungsträger lassen sich danach bei der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen von folgenden Grundsätzen leiten:

„— Nach § 1236 RVO können Rehabilitationsmaßnahmen nur erbracht werden, wenn die — durch Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdete oder geminderte — Erwerbsfähigkeit des Versicherten durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt bzw. der Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann.

— Personen, die bereits am Vollbild AIDS erkrankt sind, sind nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand nicht rehabilitationsfähig i. S. von § 1236 RVO.

— Bei Versicherten mit LAS oder ARC ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen durch die Rehabilitationsmaßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

— Eine bloße HIV-Infektion (ohne das Vorliegen der Symptome von LAS, ARC oder AIDS-Vollbild) findet bei der Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit keine Berücksichtigung."

Die Rentenversicherungsträger schließen also auch in der Neufassung ihrer Verfahrensempfehlungen AIDS-Kranke generell von Rehabilitationsmaßnahmen aus, wollen aber bei Vorstadien von AIDS in jedem Einzelfall geprüft wissen, ob und inwieweit Rehabilitationsmaßnahmen angemessen erscheinen. Diese Praxis ist hinsichtlich der Vorstadien von AIDS zu begrüßen. Bedenken bestehen aber hinsichtlich des generellen Ausschlusses von AIDS-Kranken, weil diese inzwischen durch die besseren Behandlungsmöglichkeiten durchweg sehr viel länger arbeitsfähig sind als noch vor einigen Jahren (vgl. 6.8.1.1.1.2). Außerdem führt diese Praxis bei den Drogenabhängigen zu bedenklichen Betreuungslücken. Darauf hat die Kommission bereits in ihrem *Zwischenbericht* hingewiesen (Abschnitt C, Kapitel 6, II. 13 und 14).

Die Kommission hat dort (II 11) auch Bedenken gegen die Praxis einiger Rehabilitationsträger geäußert, die Bewilligung von Entwöhnungsbehandlungen bei Drogenabhängigen generell von einem HIV-Antikörpertest abhängig zu machen. Die Rentenversicherungsträger haben diese Praxis in der Neufassung ihrer „Verfahrensempfehlungen" ausdrücklich bekräftigt.

Dagegen wird vorgebracht, nach dem Gesetzeswortlaut dürfe die Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen von einem HIV-Antikörpertest nur abhängig gemacht werden, wenn ohne den Test nicht geklärt werden könne, ob der Versicherte noch rehabilitationsfähig ist. Denn nach § 62 SGB I seien die Versicherten nur gehalten, sich vor und während einer Therapie auf Verlangen des Leistungsträgers ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, „soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind". Die Mitwirkungspflicht beziehe sich also nur auf die Klärung der in § 1236 RVO normierten Voraussetzungen für eine Rehabilitationsbehandlung. Dem wird entgegengehalten, die Leistungsträger dürften zum Schutz ihres Personals und der übrigen Rehabilitanden auch dem Infektionsstatus Leistungserheblichkeit beimessen.

Weiter wird gegen die Praxis der Rentenversicherungsträger eingewandt, die Pflicht der Versicherten, sich ärztlichen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, könne gemäß § 65 Abs. 1 Nr. 2 SGB I im Einzelfall entfallen, wenn die Untersuchungen dem Versicherten aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden könnten. Ein solch wichtiger Grund sei beim HIV-Antikörpertest dann gegeben, wenn ein Versicherter den Test ablehnt, weil er befürchtet, daß er einem positiven Testergebnis nicht gewachsen sein könnte. Darüber hinaus dürften nach § 65 Abs. 2 Nr. 1 SGB I solche Untersuchungen abgelehnt werden, bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben und Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Das treffe angesichts der schweren psychischen Auswirkungen, die ein positives Testergebnis haben kann, auch für den Antikörpertest zu.

Zur Zulässigkeit des HIV-Antikörpertests bei Rehabilitanden zum Schutz Dritter haben die Rentenversicherungsträger in der Neufassung ihrer „Verfahrensempfehlungen" folgenden Standpunkt eingenommen:

> „Die Durchführung von HIV-Tests bei Rehabilitanden zum Schutz Dritter (anderer Rehabilitanden, des Personals) ist unzulässig. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand ist eine Infektion beim üblichen sozialen Umgang mit Infizierten ausgeschlossen. Eine Übertragung von Patient zu Patient im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung ist bislang weltweit nicht bekannt geworden. Sofern die erforderlichen hygienischen Schutzmaßnahmen strikt eingehalten werden, besteht grundsätzlich kein ge-

genüber den übrigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erhöhtes Infektionsrisiko".

6.8.2 Bundessozialhilfegesetz

Die Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bildet das unterste Netz der sozialen Sicherung für alle Bürger, also auch für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke. Wenn andere Hilfsmöglichkeiten nicht ausreichen oder nicht vorhanden sind, schreibt das BSHG vor, welche Leistungen denjenigen zu gewähren sind, die sich — vorübergend oder dauernd — nicht ausreichend oder überhaupt nicht selbst helfen können. Mit diesen Leistungen sollen die Hilfeempfänger in die Lage versetzt werden, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht, und sie sollen befähigt werden, möglichst bald wieder von der Sozialhilfe unabhängig zu leben (§ 1 Abs. 2 BSHG; vgl. auch Artikel 1 Abs. 1, Artikel 20 Abs. 1 und Artikel 28 Abs. 1 GG sowie § 9 SGB I).

Nach dem BSHG kann HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten ein Anspruch auf zwei Arten der Hilfe zustehen: „Hilfe zum Lebensunterhalt" (§§ 11 ff. BSHG) und „Hilfe in besonderen Lebenslagen" (§§ 27 ff. BSHG). Die Sozialhilfe wird von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gewährt. Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Antragsteller einen einklagbaren Rechtsanspruch.

Keine Sozialhilfe erhält, wer sich mit verfügbarem Einkommen oder Vermögen selbst helfen oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, insbesondere von unterhaltspflichtigen Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhalten kann (§ 2 Abs. 1 BSHG). Unterhaltspflichtige Angehörige sind grundsätzlich nur Eltern, Kinder und Ehegatten. Ansprüche gegen diese Angehörigen werden im Rahmen der Sozialhilfe jedoch nur dann berücksichtigt, wenn die Angehörigen selbst leistungsfähig sind. Aus besonderen Gründen kann der Sozialhilfeträger auch ganz darauf verzichten, leistungsfähige unterhaltspflichtige Angehörige in Anspruch zu nehmen (§ 91 Abs. 3 BSHG). Im übrigen werden im BSHG praktisch alle die als unterhaltspflichtige Angehörige behandelt, mit denen die antragstellende Person im Hausgemeinschaft lebt, ob verwandt bzw. verschwägert (§ 11 Abs. 1 Satz 2 und § 16 BSHG) oder nur in eheähnlicher Gemeinschaft (§ 122 BSHG).

Ist ein unterhaltspflichtiger Angehöriger nicht zur Hilfeleistung bereit oder ist unklar, welcher Träger welche Kosten zu tragen hat, so kann der Antragsteller vorläufige Hilfeleistung vom Sozialamt beanspruchen (§ 44 BSHG). Spätestens vier Wochen nachdem der Sozialhilfeträger vom Bedarf des Antragstellers erfährt, ist der Träger zumindest zur Vorleistung verpflichtet.

Sozialhilfe kann in drei Formen (§ 8 BSHG) geleistet werden: persönliche Hilfen (von der Beratung bis zur persönlichen Betreuung), Geldleistungen (§§ 22 ff. BSHG) und Sachleistungen. Die von den Sozialämtern gewährten Hilfen unterscheiden sich im einzelnen recht erheblich, da der Ermessensspielraum der Sozialämter durch die verschiedenen BSHG-Änderungen seit Beginn der 80er Jahre vergrößert wurde.

6.8.2.1 Persönliche Hilfe

Die persönliche Hilfe wird in § 8 BSHG an erster Stelle genannt. Zu ihr zählt eine ausführliche Sozialberatung über alle für den Antragsteller relevanten Aspekte. Hierzu gehört die Information über materielle Hilfen genauso wie Schuldenberatung, Ausstiegsprogramme für HIV-positive Prostituierte, Leistungen an Angehörige usw.

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I hat der Sozialhilfeträger darauf hinzuwirken, daß die für eine qualifizierte persönliche Hilfe in seinem Aufgabenbereich notwendigen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Will er die persönliche Hilfe nicht selbst erbringen, kann der Sozialhilfeträger nach § 10 Abs. 5 Satz 1 BSHG die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, z. B. die dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angeschlossenen AIDS-Hilfen, beteiligen und deren Tätigkeit finanziell bezuschussen, um seiner gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen.

6.8.2.2 Hilfe zum Lebensunterhalt

Verfügt der HIV-Infizierte oder AIDS-Erkrankte über kein Einkommen und auch über kein einsetzbares Vermögen, um seinen notwendigen Lebensunterhalt zu decken, so hat er Anspruch auf laufende und einmalige Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 11 Abs. 1 Satz 1 und § 21 Abs. 1 BSHG). Ein solcher Anspruch steht ihm auch dann zu, wenn sein vorhandenes Einkommen und/oder Vermögen nicht ausreicht, seinen notwendigen Lebensunterhalt sicherzustellen, denn die Hilfe zum Lebensunterhalt dient der Sicherung des Existenzminimums. Zum notwendigen Lebensunterhalt gehören gemäß § 12 BSHG: Ernährung, Unterkunft, Kleider, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Dazu gehören „in vertretbarem Umfang" auch Beziehungen zur Umwelt und Teilnahme am kulturellen Leben. Im weiteren umfaßt die Hilfe zum Lebensunterhalt die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen (§ 13 BSHG), Leistungen zur Alterssicherung (§ 14 BSHG), Zahlung von Bestattungskosten (§ 15 BSHG) und Hilfen zur Arbeit durch Schaffung von Arbeitsgelegenheiten (§ 19 BSHG). Hilfe zum Lebensunterhalt kann auch durch Übernahme der Kosten für die Unterbringung in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung einschließlich der Zahlung eines Taschengeldes geleistet werden (§ 21 Abs. 3 BSHG).

Für die Hilfe zum Lebensunterhalt wird die Bedarfsmessung für laufende Leistungen durch Regelsätze (§ 22 BSHG) vorgenommen. Allerdings schreibt § 3 Abs. 1 BSHG ausdrücklich eine individuelle Anspruchsberechnung vor, wobei sich Art, Form und Maß der Sozialhilfe nach der Person des Hilfeempfängers, der Art seines Bedarfs und den örtlichen Verhält-

nissen richten sollen. HIV-Infizierte und AIDS-Erkrankte können daher im Einzelfall gemäß § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG einen erhöhten Regelsatz beanspruchen. So wird von den meisten Sozialämtern ein erhöhter Hygienebedarf anerkannt, der mit mindestens 10 % des Regelsatzes beziffert wird und sich aus einem höherem Bedarf an Körperpflegemitteln ableitet (z. B. wegen Nachtschweißes und der Gefahr von Ekzemen und Pilzbefall). Im weiteren kann eine Erhöhung des Regelsatzes im Hinblick auf stärkere Unterstützung im häuslichen Bereich und bei der Haushaltsführung und im Bereich „Beschaffung, Instandhaltung und Reinigung der Wäsche" bewilligt werden.

Im übrigen steht jedem HIV-Infizierten bzw. AIDS-Erkrankten ein Mehrbedarfszuschlag zu, der gemäß § 23 Abs. 4 Nr. 2 BSHG sowohl Kranken und Behinderten als auch von Krankheit und Behinderung Bedrohten wegen einer kostenaufwendigeren Ernährung zu zahlen ist. Dieser Anspruch folgt schon allein aus der Tatsache einer HIV-Infektion, denn es muß dem Betroffenen Gelegenheit gegeben werden, seine körpereigene Immunabwehr durch eine hochwertige Kost zu stärken. Die Höhe des Mehrbedarfszuschlags ist nicht einheitlich und wird z. B. in Bayern mit 97,— DM ab dem vollendeten 21. Lebensjahr beziffert. Im Einzelfall kann er bei ärztlich bestätigtem größeren Bedarf erhöht werden, wenn z. B. besonders teure appetitanregende Mittel benötigt werden.

HIV-Infizierte, die trotz beschränkten Leistungsvermögens einem Erwerb nachgehen, können gemäß § 23 Abs. 4 Nr. 1 BSHG einen weiteren Mehrbedarfszuschlag beanspruchen. Mit diesem Zuschlag soll der Selbsthilfe und Arbeitswille des Antragstellers gestützt und gefördert werden. Dieser Zuschlag ist zusätzlich zu dem Mehrbedarfszuschlag gemäß § 23 Abs. 4 Nr. 2 BSHG zu gewähren, beide Ansprüche stehen selbständig nebeneinander (§ 23 Abs. 5 BSHG).

Zusätzlich zum Anspruch gemäß § 23 Abs. 4 Nr. 2 BSHG können HIV-Infizierte, die wegen Krankheit nicht mehr arbeiten können und somit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung erwerbsunfähig sind, einen weiteren Mehrbedarf in Höhe von 20% des maßgeblichen Regelsatzes gemäß § 23 Abs. 1 Nr. 2 BSHG geltend machen.

Hilfe zum Lebensunterhalt kann jedoch nicht nur durch laufende, sondern auch durch einmalige Leistungen (die aber auch mehrfach bewilligt werden können) gewährt werden. Beispiele für einmalige Leistungen gemäß § 21 Abs. 2 BSHG sind Heizungsgeld (soweit keine monatliche Pauschale gezahlt wird), die Weihnachtsbeihilfe (auf die nach der Rechtsprechung ein Anspruch besteht), Bekleidung (z. B. wegen starker Gewichtsabnahme, Krankenhausbekleidung, Trauerkleidung für die Angehörigen), Hausrat, Umzugskosten in besonderen Fällen auch Reisekosten zum Besuch von Verwandten und Freunden.

In der Regel können Schulden durch das BSHG nicht übernommen werden, da § 5 BSHG regelt, daß die Sozialhilfe erst einsetzt, wenn die Voraussetzungen der Gewährung mit Bekanntwerden der Notlage vorliegen. Ausnahmen sind nur nach § 15 a BSHG möglich. Nach dieser Vorschrift kann denjenigen, die im Einzelfall nicht sozialhilfeberechtigt sind, zur Sicherung der Unterkunft oder zur Behebung einer vergleichbaren Notlage Hilfe zum Lebensunterhalt als Beihilfe oder als Darlehen gewährt werden.

Diese Einschränkung führt bei AIDS-Kranken nicht selten zu erheblichen Belastungen. Viele wenden sich zunächst mit der Bitte um „kurzfristige" Unterstützung an Verwandte, Freunde und Bekannte, wobei sie sich selbst und allen anderen vormachen, sie könnten demnächst wieder arbeiten und alles zurückzahlen. Wenn sie sich dann schließlich eingestehen müssen, daß sie endgültig zu einem „Sozialfall" geworden sind und daß sie ihre Schulden entgegen ihren Versprechungen nicht mehr zurückzahlen können, belastet das gerade die Beziehungen erheblich, auf die die Kranken besonders angewiesen sind.

6.8.2.3 Hilfe in besonderen Lebenslagen

Hilfe in besonderen Lebenslagen umfaßt Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage (§ 30 BSHG), vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG), Krankenhilfe und sonstige Hilfe (§ 37 BSHG), Hilfe bei rechtmäßigem Schwangerschaftsabbruch und rechtmäßiger Sterilisation (§ 37 a BSHG), Hilfe zur Familienplanung (§ 37 b BSHG), Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (§ 38 BSHG), Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39 ff. BSHG), Blindenhilfe (§ 67 BSHG), Hilfe zur Pflege (§§ 68 f. BSHG), Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 70 f. BSHG), Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 72 BSHG) und Altenhilfe (§ 75 BSHG).

Das BSHG läßt auch Hilfen in „anderen besonderen Lebenslagen" zu, wobei der Einsatz öffentlicher Mittel gerechtfertigt sein muß. Entsprechende Geldleistungen können sowohl als Beihilfe als auch als Darlehen bewilligt werden (§ 27 Abs. 2 BSHG).

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen ist für bestimmte Notfallsituationen vorgesehen. Sie setzt voraus, daß dem Betroffenen zur Bewältigung einer besonderen Lebenslage die Aufbringung von Mitteln aus Einkommen oder Vermögen nicht zumutbar ist. Bei der Gewährung von Hilfe in besonderen Lebenslagen gelten großzügigere Grenzen als bei der Hilfe zum Lebensunterhalt für die Berücksichtigung von Einkommen, Vermögen und Unterhaltsansprüchen des Hilfebedürftigen. Für einen HIV-Infizierten oder AIDS-Erkrankten können im Einzelfall insbesondere folgende Hilfen in Frage kommen:

— Vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG)

  Sexuell aktiven Personen sind zur Vermeidung einer Infektion die Kosten für Vorbeugungsmittel (z. B. Kondome, wasserlösliche Gleitmittel) in angemessenem Umfang als vorbeugende Gesundheitshilfe zu zahlen. Auch nicht gedeckte Kosten für einen HIV-Test und Erholungskuren werden von § 36 BSHG erfaßt.

— Krankenhilfe (§ 37 BSHG)

Wer als HIV-Infizierter und als AIDS-Kranker nicht (mehr) durch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung abgesichert ist, hat bei Bedürftigkeit Anspruch auf Übernahme der Krankheitskosten nach § 37 BSHG. Das BSHG soll als unterstes Netz erkrankten Personen in der Regel den gleichen Schutz garantieren, den sonst die Krankenversicherung gewährt.

— Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39ff. BSHG)

Bei HIV-Infizierten mit erheblichen medizinisch nicht behebbaren Beschwerden und AIDS-Kranken kann Eingliederungshilfe für Behinderte in Betracht kommen. Dies wird gemäß § 1 Nr. 3 Eingliederungshilfe-Verordnung immer dann der Fall sein, wenn das körperliche Leistungsvermögen nicht nur vorübergehend in erheblichem Umfang eingeschränkt ist. Das Gesetz gilt auch für seelische Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion nicht selten in Form von depressiven Phasen bis hin zu Suiziden auftreten. Die Eingliederungshilfe umfaßt neben der ärztlichen Behandlung auch

- Hilfsmittel gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 2 BSHG wie z. B. Diktiergeräte, Eß- und Trinkhilfen,
- Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 6 BSHG,
- Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer den Bedürfnissen des Behinderten entsprechenden Wohnung nach § 40 Abs. 1 Nr. 6 a BSHG und
- Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft gemäß § 40 Abs. 1 Nr. 8 BSHG, z. B. Besuch von Theatern, Konzerten und Sportveranstaltungen, Kostenübernahme für Telefon und Fernseher sowie monatliche Grundgebühr, Ferienaufenthalte, Zeitungen, Zeitschriften und Bücher einschließlich der Kosten einer Vorlesekraft.

— Hilfe zur Pflege (§§ 68ff. 3SHG)

Im letzten Stadium der Erkrankung wird für den AIDS-Erkrankten eine regelmäßige häusliche Pflege oder auch stationäre Pflege notwendig sein. Diese Pflege soll möglichst durch nahestehende Personen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden, wobei die Aufwendungen der Pflegeperson dem Pflegebedürftigen nach pauschalierten Sätzen erstattet werden (Pflegegeld und Pflegekraftfianzierung).

— Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 70f. BSHG)

Je nach den Umständen des Einzelfalls ist auch Hilfe zur Weiterführung des Haushalts zu gewähren. Dieser Hilfe kommt bei HIV-Infizierten und AIDS-Kranken große Bedeutung zu, da sie neben der Hilfe zur Pflege gewährt werden kann. Ziel dieser Hilfeart ist es, die Weiterführung des Haushalts des Kranken zu gewährleisten, wenn ihn keiner der Familienangehörigen fortführen kann, seine Weiterführung aber geboten ist. Die Hilfe umfaßt regelmäßig die persönliche Betreuung der Haushaltsangehörigen und die sonstigen zur Weiterführung des Haushalts erforderlichen Besorgungen und Tätigkeiten. Auch die Kostenübernahme für eine vorübergehende „andersweitige Unterbringung" wird vom Gesetz ermöglicht.

— Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§ 72 BSHG)

Das BSHG sieht auch Hilfe bei besonderen sozialen Schwierigkeiten vor. Jedoch hat der Gesetzgeber hier nur bestimmte Personengruppen, bei denen besondere soziale Schwierigkeiten der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen, gemeint. So regelt die Durchführungsverordnung zu § 72 BSHG in § 1 den Kreis der Berechtigten:

„Personen ... deren besondere Lebensverhältnisse zu sozialen Schwierigkeiten vor allem in der Familie, in der Nachbarschaft oder am Arbeitsplatz führen, so daß eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nicht möglich oder erheblich beeinträchtigt ist, und sie diese Schwierigkeiten aus eigenen Kräften und Mitteln nicht überwinden können".

Im weiteren werden folgende Personengruppen aufgezählt: „Personen ohne ausreichende Unterkunft, Landfahrer, Nichtseßhafte, aus Freiheitsentzug Entlassene und verhaltensgestörte junge Menschen".

Auch wenn HIV-Infizierte und AIDS-Kranke nicht ausdrücklich genannt werden, so kann es in Einzelfällen angemessen sein, einem HIV-Infizierten oder AIDS-Kranken Leistungen gemäß § 72 BSHG zuzugestehen. Die Hilfe nach § 72 BSHG ist allerdings gemäß § 72 Abs. 1 Satz 2 BSHG gegenüber anderen Hilfearten nachrangig.

6.8.3 Schwerbehindertenrecht

HIV-Infizierte erleiden im Falle ihrer Erkrankung eine allmählich zunehmende Einschränkung ihrer körperlichen und in vielen Fällen auch geistigen Leistungsfähigkeit. Besonders deutlich eingeschränkt ist diese im Endstadium der Krankheit AIDS.

Behinderung im Sinne des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigem, d. h. von dem für das Lebensalter typischen, körperlichen, geistigen oder seelischen abweichenden Zustand beruht (§ 3 SchwbG). Wenn eine solche Beeinträchtigung absehbar länger als 6 Monate andauert, wird auf Antrag des Behinderten das Vorliegen einer Behinderung und der Grad der Behinderung (GdB) vom Versorgungsamt festgestellt. Sofern der Grad der Behinderung wenigstens 50 % be-

trägt, wird auf Antrag ein Schwerbehinderten-Ausweis ausgestellt. Der Grad der Behinderung ist ein Maß für die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigung in den verschiedenen Bereichen des Lebens.

Das Versorgungsamt hat bei der Anerkennung als Schwerbehinderter auch wegen AIDS das Sozialgeheimnis zu wahren. Eine Mitteilung an den Arbeitgeber oder an Arbeitskollegen darf nicht erfolgen. Der Arbeitgeber hat kein Recht, den Feststellungsbescheid, mit dem die Schwerbehinderteneigenschaft durch das Versorgungsamt anerkannt worden ist und auf dem auch die Behinderung AIDS aufgeführt ist, vorgelegt zu bekommen. Es reicht aus, wenn der Arbeitnehmer den Schwerbehindertenausweis vorlegt. Die Anerkennung als behinderter oder aber als schwerbehinderter HIV-Infizierter bzw. AIDS-Erkrankter nach dem SchwbG hat arbeitsrechtliche, steuerliche und sozialrechtliche Vorteile.

Gemäß § 15 SchwbG genießen schwerbehinderte Arbeitnehmer einen besonderen Kündigungsschutz. Die Kündigung eines Schwerbehinderten durch den Arbeitgeber bedarf der vorherigen Zustimmung der Hauptfürsorgestelle. Eine ohne deren Zustimmung ausgesprochene Kündigung ist rechtsunwirksam. Außerdem sind Schwerbehinderte auf ihr Verlangen von Mehrarbeit freizustellen (§ 46 SchwbG). Ferner haben sie nach § 47 SchwbG Anspruch auf einen bezahlten zusätzlichen Urlaub von in der Regel 5 Arbeitstagen im Jahr.

Schwerbehinderte können nach § 33 b Abs. 1 Einkommensteuergesetz wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die ihnen unmittelbar in Folge ihrer Behinderung erwachsen, auf Antrag einen Pauschbetrag für Behinderte geltend machen, der vom zu versteuernden Jahreseinkommen abgezogen wird.

Der sozialrechtliche Vorteil kann unter anderem darin bestehen, daß schwerbehinderte AIDS-Erkrankte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten können, wenn sie, ein Elternteil oder ihr Ehegatte in den letzten fünf Jahren vor dem Beitritt mindestens drei Jahre versichert waren. Die Krankenkasse kann durch Satzung das Beitrittsrecht von einer bestimmten Altersgrenze abhängig machen. In der Regel darf man nicht älter als 50 Jahre alt sein. AIDS-Erkrankte, die noch nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, können dann Leistungen nach der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Ansonsten wären sie auf die Krankenhilfe im Sinne des § 37 BSHG angewiesen. Der Krankenversicherungsbeitrag kann bei Bedürftigkeit gemäß § 13 Abs. 2 BSHG durch den Sozialhilfeträger übernommen werden.

6.8.4 Wohngeldgesetz

Wohngeld ist gemäß § 1 Wohngeldgesetz (WoGG) ein Miet- oder Lastenzuschuß zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens. Inwieweit Wohngeld gezahlt wird — und gegebenenfalls in welcher Höhe —, richtet sich nach drei Kriterien:

- der Zahl der zum Haushalt gehörenden Familienmitglieder (§ 4 WoGG),
- der Höhe der zu zahlenden Miete oder Belastung (§§ 5—8 WoGG),
- der Höhe des Familieneinkommens (§§ 9—17 WoGG).

Der Zuschuß wird nach festgelegten Tabellen (Anlagen zum Wohngeldgesetz) berechnet und an den Antragsteller bei Bewilligung ausgezahlt. Eine Bewilligung wird für jeweils 12 Monat erteilt.

Das Wohngeld, das von der nach Landesrecht zuständigen Stelle (§ 23 WoGG) ausgezahlt wird, unterliegt einem komplizierten, jedoch für jede antragstellende Person gleichen Antragsbearbeitungsverfahren.

Allerdings schließt das Gesetz aus, daß Antragsteller, die schon wirtschaftliche Sicherung von Wohnraum durch andere Leistungen aus öffentlichen Kassen erhalten (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 WoGG), auch noch Wohngeld erhalten können.

Außerdem müssen sich die Antragsteller das Einkommen aller Personen anrechnen lassen, mit denen sie eine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft führen, auch wenn es sich dabei nicht um Familienmitglieder handelt. Das Bestehen einer Wirtschaftsgemeinschaft wird in solchen Fällen vermutet, wenn der Antragsberechtigte und die anderen Personen Wohnraum gemeinsam bewohnen (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 WoGG). Für das Gegenteil ist der Antragsteller beweispflichtig. Diese Beweislastumkehr gilt — anders als sonst im Sozialhilferecht — nicht nur für heterosexuelle, sondern auch für homosexuelle, nichteheliche Lebensgemeinschaften.

II. Auswertungen

6.8.5.1 Sozialversicherungsrecht

6.8.5.1.1 Krankenversicherung

6.8.5.1.1.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Während sich die Krankenkassen bisher unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung der Mehrkosten von stationären Krankenhausaufenthalten relativ großzügig an der Finanzierung häuslicher Pflege beteiligen konnten, sind sie nun an die 4-Wochen-Frist des § 37 Abs. 1 SGB V gebunden. Davon sind chronisch Kranke und AIDS-Kranke besonders betroffen. Die Ausnahmeregelung des § 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V kann erst nach effektiver Arbeitsaufnahme des Medizinischen Dienstes greifen. Ob sie in Zukunft so gehandhabt wird, daß dadurch vermeidbare Mehrkosten vermieden und den Kranken das Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung erleichtert wird, läßt sich noch nicht übersehen.

6.8.5.1.1.2 Private Krankenversicherung

Soweit die Kommission feststellen konnte, haben die privaten Krankenversicherungsgesellschaften bisher keine generelle Verpflichtung zu einem HIV-Antikörpertest vor Vertragsabschluß vorgesehen bzw. auch keine entsprechende Absicht erkennen lassen. Daher erübrigt sich eine Stellungnahme.

6.8.5.1.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Zur Erleichterung der dem Versicherten obliegenden Beweislast für den Nachweis einer berufsbedingten Infektion hält die Kommission es für erforderlich, daß die Arbeitnehmer, die aufgrund ihrer Tätigkeit einer besonderen Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind, durch den Arbeitgeber nachdrücklich darauf hingewiesen werden, sich bei Verletzungen oder Blutkontakten — wiederholt — testen und das Ereignis dokumentieren zu lassen. Bisher fehlt es an einschlägiger Rechtsprechung zum Unfallschutz des Pflegepersonals bei HIV-Infektionen. Ob sich vor allem dort, wo es immer wieder zu Zwischenfällen kommt, Versicherungslücken ergeben, läßt sich noch nicht beurteilen. Es sollte gewährleistet sein, daß im Zweifel der Unfallversicherungsschutz greift.

6.8.5.1.3 Gesetzliche Arbeitslosenversicherung

Nach derzeitiger Gesetzeslage und der aufgrund des Gesundheits-Reformgesetzes gebliebenen Anspruchsvoraussetzungen nach dem AFG sieht die Kommission derzeit einen Handlungsbedarf als nicht gegeben an.

6.8.5.1.4 Gesetzliche Rentenversicherung

Soweit erkennbar hat die Praxis der Handhabung der Bestimmungen der RVO bisher zu keinen Schwierigkeiten bei der Rentengewährung für HIV-Infizierte bzw. AIDS-Erkrankte geführt. Das Rentenreformgesetz 1992 (BGBl I 1989, S. 2261 ff.) wird die Rechtslage insoweit nicht verändern. Die Kommission sieht deshalb keinen Handlungsbedarf.

6.8.5.1.5 Rehabilitation

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte vertritt die Ansicht, daß z. Z. kein Grund bestehe, vor Beginn einer Heilbehandlung wegen allgemeiner Erkrankungen einen HIV-Test durchzuführen. Anders verfährt sie bei Entwöhnungstherapien. Das hat die Kommission schon in ihrem *Zwischenbericht* beanstandet (Abschnitt 1, Kapitel 6, II. Nr. 11).

Die Kommission hält die in den Verfahrensgrundsätzen der Rentenversicherungsträger begründete Praxis, AIDS-Kranke von Rehabilitationsmaßnahmen ohne Einzelfallprüfung generell auszuschließen, für problematisch. Die Regelung berücksichtigt nicht den individuell sehr unterschiedlichen Verlauf der AIDS-Erkrankung.

Der Ausschluß von laufenden Rehabilitationsmaßnahmen, wie in den Verfahrensgrundsätzen geregelt, ist im Hinblick auf die psychosozialen Auswirkungen für den Erkrankten nicht tragbar. Außerdem führt diese Praxis dazu, daß die dem Betroffenen zustehenden Ansprüche auf Krankengeld, Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe unsachgemäß verkürzt werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß alle Leistungskürzungen im Kurbereich durch das Gesundheits-Reformgesetz, die nicht durch eigenes Vermögen der kurenden Personen aufgefangen werden können, sich auf das Leistungsnetz der Sozialhilfe auswirken werden.

Es muß abgewartet werden, ob die bisherigen Schwierigkeiten bei Kurbewilligungen abnehmen. Es wäre zu begrüßen, wenn mehr Anträge auf ambulante und stationäre Rehabilitationskuren für HIV-Infizierte oder AIDS-Erkrankte positiv beschieden würden.

6.8.5.2 Bundessozialhilferecht

Trotz einheitlicher gesetzlicher Grundlage ist die Umsetzung des BSHG von Bundesland zu Bundesland (durch vorhandene landeseigene Verwaltungsvorschriften), aber zum Teil auch von Kommune zu Kommune unterschiedlich. Diese Unterschiede beziehen sich insbesondere auf die Bereiche, in denen das Ge-

setz nicht ausdrücklich geregelt hat, welche Leistungen nach der jeweiligen Prüfung des Einzelfalls dem Hilfesuchenden zu gewähren sind.

6.8.5.2.1 Persönliche Hilfe

6.8.5.2.2 Hilfe zum Lebensunterhalt

Im Hinblick auf die HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung sind den Betroffenen für ihre krankheitsbedingten Sonderbedürfnisse höhere Regelsätze und erhöhter Mehrbedarf zuzubilligen.

6.8.5.2.3 Hilfe in besonderen Lebenslagen

In der Praxis ist die Gewährung von Hilfen in besonderen Lebenslagen vor allem nach einer Aussteuerung aus dem gesetzlich vorgesehenen Sozialversicherungssystem relevant. Insbesondere die in den Ballungsräumen der Großstädte kumulierenden Kosten für Sozialhilfe lassen die Kommunen dazu übergehen, sich verstärkt nur noch an dem unteren Rahmen ihrer gesetzlichen Leistungspflichten zu orientieren. In der Vergangenheit kam es — regional unterschiedlich — zu Schwierigkeiten bei der Gewährung von Kurmaßnahmen (als vorbeugende Gesundheitshilfe), bei Aufwendungen für Verhütungsmittel u. ä. (als vorbeugende Gesundheitshilfe) und bei allen Maßnahmen, die das Gesetz nicht als verpflichtend vorschreibt.

Das Gesundheits-Reformgesetz wird weitere Auswirkungen im Bereich der Sozialhilfe mit sich bringen. Insbesondere bei ambulanten Vorsorgekuren und bei den parallel geregelten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§ 23 Abs. 2 und § 40 Abs. 1 SGB V) werden die nicht von der Krankenkasse bezahlten Aufwendungen von der Sozialhilfe nach entsprechender Antragstellung als Bedarf anzuerkennen sein, um den begrenzten Zuschuß der Krankenkassen (maximal 15,— DM statt wie bisher maximal 25,— DM pro Tag) im Falle der Bedürftigkeit aufzustocken.

Andererseits erwarten sich die Träger der Sozialhilfe eine finanzielle Entlastung durch die Neuregelung bei Schwerpflegebedürftigkeit (§§ 53—57 SGB V) für die Aufwendungen der Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege (§ 68 und § 69 BSHG), die aber erst ab 1991 in Kraft treten. Da insbesondere die nach § 57 SGB V mögliche Geldleistung nach Artikel 42 Nr. 4 Gesundheits-Reformgesetz auf eine mögliche Pflegegeldleistung nach § 69 BSHG anrechenbar ist, kann künftig der pflegebedürftige HIV-Infizierte mit erheblichen Beschwerden und der AIDS-Erkrankte sein Pflegegeld von der Krankenkasse anstatt vom Sozialamt erhalten.

6.8.5.3 Schwerbehindertenrecht

Die Versorgungsämter gehen bei der Beurteilung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken von folgenden Grundsätzen aus: „Allein die Tatsache einer HIV-Infektion ohne klinische Symptomatik rechtfertigt nicht die Annahme einer GdB (Grad der Behinderung) von wenigstens 10; außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind gegebenenfalls gesondert zu beurteilen. Bei LAS ergibt sich die GdB aus dem Ausmaß der Leistungseinschränkung. Bei manifester Erkrankung an AIDS ist in der Regel eine GdB von 100 anzunehmen".

Die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit" sind inzwischen wie folgt geändert worden:

„LAS:	— keine oder nur geringe Leistungseinschränkung:	GdB 30—40
	— erhebliche Leistungseinschränkung, weitere Symptome	GdB 50—80
AIDS:		GdB 100

Die gesundheitlichen Voraussetzungen für Nachteilausgleiche können nicht generell, sondern nur im Einzelfall unter Berücksichtigung der tatsächlichen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen beurteilt werden".

Da der Grad der Behinderung und das Ausmaß spezieller Nachteile (z. B. Gehbehinderung, Sehbehinderung) im Laufe der AIDS-Erkrankung ständig und in kurzen Intervallen zunehmen, sollten sowohl der Grad der Behinderung als auch die Nachteilsausgleiche anfänglich nicht zu gering bemessen werden. Sonst besteht die Gefahr, daß sofort nach Abschluß des Feststellungsverfahrens Neufeststellungsbescheide erwirkt werden müssen.

Es wird beklagt, daß allgemein die Bearbeitung von Anträgen auf Anerkennung als Schwerbehinderter besonders lange in Anspruch nimmt. Dieses ist insbesondere bei HIV-Infizierten prekär.

6.8.5.4 Wohngeldgesetz

Die Kommission sieht bei der derzeitigen Sach- und Rechtslage keinen Handlungsbedarf.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

Zum Sozialversicherungsrecht

Gesetzliche Krankenversicherung

6.8.6.1

die Entwicklung bei den Entscheidungen zur Finanzierung der häuslichen Pflege zu beobachten und gegebenenfalls durch gesetzgeberische Maßnahmen die Finanzierungsmöglichkeiten zu erweitern;

6.8.6.2

Versicherungslücken durch Herausfallen aus der Pflichtversicherung bei Sperrzeiten nach dem AFG oder bei nicht fristgerechter Stellung eines Rehabilitationsantrags zu schließen;

Gesetzliche Unfallversicherung

6.8.6.3

die Entwicklung der HIV-Infektionsrisiken des Labor- und Pflegepersonals und die unfallschutzrechtliche Praxis beobachten zu lassen, um notfalls Lücken im Unfallversicherungsschutz zu schließen;

Rehabilitation und Kuren

6.8.6.4

auf die Rehabilitationsträger einzuwirken, für die Zukunft auf die Durchführung von HIV-Antikörpertests im Bewilligungsverfahren zu verzichten;

6.8.6.5

auf die Rentenversicherungsträger als Träger von Rehabilitationsmaßnahmen dahingehend einzuwirken, daß sie in ihren Verfahrensgrundsätzen nicht generell AIDS-Kranke von gesundheitlichen Rehabilitationsmaßnahmen ausschließen und laufende Rehabilitationsmaßnahmen nicht bei einer AIDS-Diagnose generell unterbrechen, sondern vielmehr auf den jeweiligen Einzelfall abstellen.

Zum Arbeitsförderungsgesetz, Bundessozialhilfegesetz und Wohngeldgesetz

6.8.6.6

Unterhaltsleistungen, die nicht auf einer gesetzlichen Verpflichtung beruhen, jedoch wegen der Subsidiarität im AFG, BSHG und WoGG zu erbringen sind, allgemein, also nicht nur in Zusammenhang mit AIDS, im Steuerrecht ebenso zu behandeln wie gesetzliche Unterhaltsleistungen;

Zum Bundessozialhilfegesetz

6.8.6.7

gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, daß die Umsetzung des Bundessozialhilfegesetzes einheitlich erfolgt;

6.8.6.8

gemeinsam mit den Ländern bei der vorbeugenden Gesundheitshilfe nach § 36 BSHG auf eine einheitliche Anwendung dieser Vorschrift hinzuwirken;

Zum Schwerbehindertenrecht

6.8.6.9

gemeinsam mit den Ländern darauf hinzuwirken, daß die Anträge auf Anerkennung als Schwerbehinderter zügiger bearbeitet werden.

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 9: Prostitution und AIDS

Einleitung

Die Mehrheit der Kommission hat schon im *Zwischenbericht* darauf hingewiesen (Kapitel 5.2.2.1.3 und 5.4.2.2.1.3), daß die Zusammenarbeit mit den berufsmäßig Prostituierten bei der AIDS-Prävention erheblich verbessert werden könnte, wenn Erscheinungsformen sozialer und rechtlicher Härten, Demütigungen und Entwürdigungen beseitigt würden. Deshalb hat die Mehrheit der Kommission im Zwischenbericht angeregt, die Gesetze, die die Prostitution betreffen, zu überprüfen. Im folgenden soll die rechtliche und soziale Situation der berufsmäßig Prostituierten kurz dargestellt und erörtert werden, ob und wo rechtliche Besserstellungen angezeigt sind. Die Ausführungen gelten vor allem für weibliche Prostituierte.

I. Bestandsaufnahme

6.9.1 Die allgmeine rechtliche und soziale Situation der Prostituierten

Die Prostitution ist als solche in unserer Rechtsordnung weder verboten noch strafbar. Sie verstößt aber nach allgemeiner Meinung gegen die guten Sitten. Ein Vertrag über die geschlechtliche Hingabe gegen Entgelt ist deshalb nach § 138 Abs. 1 BGB nichtig. Das hat nach der Rechtsprechung folgende Konsequenzen: Ein Freier, der eine Prostituierte um den Dirnenlohn prellt, macht sich nicht wegen Betrugs strafbar. Betrug setzt einen Vermögensschaden voraus. Ein solcher wird aber bei der Prostituierten nicht anerkannt. Geschlechtliche Hingabe sieht man wegen der Sittenwidrigkeit der Prostitution nicht als schützenswerte Leistung an. Daher gilt die geschlechtliche Hingabe nicht als Vermögensminderung. Andererseits macht sich eine Prostituierte, die den Freier nach Vorkasse um die versprochene geschlechtliche Hingabe prellt, wegen Betrugs strafbar, weil die Zahlung von Geld immer eine vermögensmindernde Leistung darstellt.

Auch entsprechende Arbeitsverträge zwischen Bordellbesitzern und Prostituierten sind nichtig. Die Prostituierte kann nicht einmal bei unwirksamen Arbeitsverträgen nach den Grundsätzen des sogenannten „faktischen Arbeitsverhältnisses" für geleistete Dienste Lohn- und Urlaubsansprüche geltend machen, weil ein faktisches Arbeitsverhältnis ausgeschlossen wird, wenn dessen Anerkennung „mit den Grundauffassungen der geltenden Rechtsordnung in Widerspruch steht". Zu diesen Grundauffassungen gehört unter anderem die Wahrung der guten Sitten.

Wenn eine Prostituierte aufgrund eines Gesundheitsschadens infolge einer unerlaubten Handlung (§§ 823ff. BGB) einen Verdienstausfall erleidet, braucht ihr der Schädiger diesen Schaden nicht zu ersetzen, weil der entgangene Verdienst mit dem Makel der Sittenwidrigkeit behaftet ist. Damit die Prostituierte dann aber nicht der Sozialhilfe zur Last fällt, muß der Schädiger ihr allerdings für die Zeit ihrer Erwerbsunfähigkeit ein existenzdeckendes Minimum zahlen, das nach dem Einkommen zu bemessen ist, das auch in einfachen Verhältnissen von jedem gesunden Menschen erfahrungsgemäß zu erreichen ist. Die Höhe der Entschädigung richtet sich demgemäß nach dem üblichen Lohn für eine einfache Hilfsarbeiter- oder Putzfrauentätigkeit unabhängig davon, welche Verdienstmöglichkeiten ihr, falls sie nicht der Prostitution nachginge, zur Verfügung stünden. Der Schädiger profitiert also letztlich davon, daß sein Opfer die Prostitution ausübt.

Gleichwohl ist jede Prostituierte einkommensteuerpflichtig. Ihre Einkünfte werden jedoch wegen der Sittenwidrigkeit der Tätigkeit nicht als Einkünfte aus Gewerbe (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 EStG), aus selbständiger Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 EStG) oder aus unselbständiger Arbeit (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 EStG), sondern als sonstige Einkünfte im Sinne der §§ 2 Abs. 1 Nr. 7, 22 Nr. 3 EStG gewertet. Sie ist überdies nach einer neueren Entscheidung des Bundesfinanzhofs auch umsatzsteuerpflichtig. Nach dieser Rechtsprechung macht sich ein Bordellbesitzer wegen Steuerhinterziehung strafbar, wenn er für die bei ihm gegen Entgelt beschäftigte Prostituierte keine Lohnsteuer abführt.

Im Sozialrecht folgert man aus der Sittenwidrigkeit der Prostitution, daß Prostituierte nicht sozialversicherungspflichtig sein können. Auch die ihnen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB-V unter bestimmten Voraussetzungen zustehende Möglichkeit, im Anschluß an eine krankenversicherungspflichtige Tätigkeit der Krankenversicherung freiwillig beizutreten, wird ihnen in der Praxis nicht zugebilligt. Wenn bekannt wird, daß eine auf diese Weise der freiwilligen Krankenversicherung beigetretene Versicherte in Wirklichkeit nicht „Hausfrau", sondern „Prostituierte" ist, wird sie aus der freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen. Der gesetzlichen Rentenversicherung können Prostituierte zwar auf freiwilliger Basis beitreten. Diese freiwillige Rentenversicherung ist indessen mit dem Nachteil verbunden, daß Ausfallzeiten nicht anerkannt werden, daß das Frauenaltersruhegeld nicht gewährt wird und daß keine Anwartschaften auf Invalidenrente begründet werden.

Prostituierte erhalten deshalb bei Krankheit, Arbeitslosigkeit, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit keine Sozialleistungen; im Alter nur dann, wenn sie sich freiwillig versichert haben. Die meisten sind deshalb in diesen Fällen auf die Sozialhilfe angewiesen.

6.9.2 Besondere Vorschriften

6.9.2.1 Bordelle, Bars und Clubs

Nach § 180 a Abs. 1 StGB machen sich die Betreiber und Leiter von Bordellen unter anderem strafbar, wenn „die Prostitutionsausübung durch Maßnahmen gefördert wird, welche über das bloße Gewähren von Wohnung, Unterkunft oder Aufenthalt und die damit verbundenen Nebenleistungen hinausgehen" (Nr. 2). Diese Voraussetzung ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stets gegeben, wenn „der Gesamtszustand des Betriebes geeignet ist, die Dirnen in der Prostitution festzuhalten und sie noch enger an diese zu binden". Das bejaht der Bundesgerichtshof bei Bordellen mit „gehobener und diskreter Atmosphäre" sowie bei Bordellen mit besonders günstigen Arbeitsbedingungen für die Prostituierten.

Erlaubt ist danach der Betrieb von herkömmlichen „Bordellen" und Eroscenter in den „Rotlichtbezirken". Zwar pflegen die Betreiber dieser Etablissements von den Prostituierten in der Regel pro Tag mehrere hundert DM für Miete, Blockgeld, Pflichttrinkgelder usw. zu fordern. Das wird aber allgemein als zulässig angesehen. Unter Strafdrohung stehen dagegen die zahlreichen, heute überall existierenden Bars und Clubs, in denen Prostituierte ihre Dienste in einem entsprechenden Rahmen anbieten. Je günstiger dort die Arbeitsbedingungen für die Prostituierten sind, desto eher gilt dies als Förderung der Prostitution.

Die Ordnungsbehörden sind nach §§ 4 Abs. 1 Nr. 1, 15 Abs. 2, 31 Gaststättengesetz, 15 Abs. 2 Gewerbeordnung verpflichtet, solchen Etablissements die Gaststättenerlaubnis zu versagen bzw. eine erteilte Erlaubnis zu widerrufen. In der Vergangenheit sind solche Bars und Clubs oft stillschweigend geduldet worden. Das ist aber heute nicht mehr möglich, weil sich nach einer neueren Entscheidung des Bundesgerichtshofs die Leiter der Ordnungsämter der Beihilfe zur Förderung der Prostitution schuldig machen, wenn sie es in solchen Fällen unterlassen, die Gaststättenerlaubnis zu widerrufen. Die Betreiber dieser Etablissements können deshalb bei der Bekämpfung von Gesundheitsgefahren nicht offen mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten. Wenn sie beispielsweise ihr „Personal" veranlassen, an regelmäßigen Untersuchungen auf Geschlechtskrankheiten teilzunehmen, müssen sie befürchten, daß die Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden das als Indiz für einen unerlaubten Bordellbetrieb werten.

6.9.2.2 Sperrbezirke

§ 184 b StGB bedroht die jugendgefährdende Prostitution in Häusern, in denen Personen unter 18 Jahren wohnen, sowie in der Nähe von Schulen und ähnlichen Orten mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe. Außerdem haben die Landesregierungen (bzw. die von ihnen ermächtigten obersten Landesbehörden oder höheren Verwaltungsbehörden) nach Artikel 297 Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch (EGStGB) die Möglichkeit, „zum Schutz der Jugend und des öffentlichen Anstandes" die Prostitutionsausübung durch Rechtsverordnungen in Gemeinden bis zu 50 000 Einwohner für das gesamte Gemeindegebiet und in Gemeinden über 20 000 Einwohner teilweise zu verbieten. Zuwiderhandlungen gegen solche Sperrgebietsverordnungen werden nach § 120 Abs. 1 Nr. 1 Ordnungswidrigkeitengesetz (OWiG) als Ordnungswidrigkeit mit Geldbuße und „beharrliche" Zuwiderhandlungen nach § 184 a StGB als Straftat mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 180 Tagessätzen bestraft.

Als Zuwiderhandlungen gelten nach allgemeiner Meinung nicht nur die Vornahme sexueller Handlungen im Sperrbezirk gegen Entgelt, sondern auch solche Handlungen, „die unmittelbar auf die sexuelle Betätigung gegen Entgelt abzielen, so die für den Straßenstrich typischen Anbahnungshandlungen" wie das Herumstehen, -gehen oder -fahren, das Sichanbieten, das Anwerben oder das Verhandeln mit Freiern. Dabei ist keineswegs maßgebend, ob die Anbahnungshandlungen in auffälliger oder sonst wahrnehmbarer Form begangen werden. Daraus hat das Bayerische Oberste Landesgericht gefolgert, daß auch telefonische Anbahnungsgespräche von Prostituierten von ihrer Wohnung aus sowie Besuche von Prostituierten in den Wohnungen von Freiern unter den Tatbestand fallen, sofern die Wohnungen im Sperrbezirk liegen. Dies führt zu einer zusätzlichen Einschränkung der Betätigungsmöglichkeiten und schafft die Voraussetzungen für weitere Risiken.

Nach Darstellung der Selbsthilfeorganisationen der Prostituierten und der in diesem Bereich tätigen Sozialarbeiter verschärfen rigide Sperrbezirksregelungen, vor allem die Beschränkung auf meist sehr abgelegene Straßen, die Wettbewerbssituation. Das nützen die Freier aus, um Sonderwünsche wie Verkehr ohne Kondom durchzusetzen oder gar gewaltätig zu werden. Außerdem erleichtert diese Situation den Zuhältern die Beitreibung von „Schutz"- und „Standgeldern", denn die Prostituierten haben unter diesen Umständen ein gesteigertes Schutzbedürfnis.

6.9.2.3 Werbung für die Prostitution

Nach § 120 Abs.1 Nr. 2 OWiG wird die Werbung für entgeltliche sexuelle Handlungen durch Zeitungsinserate und in ähnlicher Form mit Geldbuße geahndet, auch wenn die Werbung selbst nicht „grob anstößig" (§ 119 Abs. 1 Nr. 2 OWiG) ist. Daraus hat die Rechtsprechung gefolgert, daß auch die verdeckte Werbung („Modell", „Hostess", „Massage", „Sauna") verboten ist. Zwar sind die Verwaltungsbehörden nicht verpflichtet, gegen solche Ordnungswidrigkeiten einzuschreiten. Sie können die verdeckte Werbung tolerieren, wie das heute weithin geschieht. Die Zeitungen, die solche Inserate veröffentlichen, befürchten aber, daß die Verwaltungsbehörden ihre Zurückhaltung aufgeben könnten, wenn die Anzeigen einen deutlicheren Inhalt haben. Die Zeitungen sind deshalb nicht bereit, Zusätze wie „nur Safer sex" mit abzudrucken.

6.9.2.4 Tätigkeitsverbote

Nach § 38 BSeuchG kann einem Infizierten die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten ganz oder teilweise untersagt werden. Wer hierdurch einen Verdienstausfall erleidet, erhält nach § 49 Abs. 1 BSeuchG eine Entschädigung. Von dieser Leistung sind Prostituierte ausgeschlossen, weil man ihre Tätigkeit nicht als Beruf ansieht bzw. den Verdienst nicht als schutzwürdig betrachtet.

II. Auswertungen

6.9.3.1

Die Folgerungen, die in der Rechtsprechung und in der Behördenpraxis aus der „Unsittlichkeit" der Prostitution gezogen werden, laufen im Ergebnis darauf hinaus, daß die Prostituierten zwar wie alle anderen Bürger steuerpflichtig sind, daß der Staat ihnen aber zu einem großen Teil den Schutz versagt, den er allen anderen gewährt. Den Prostituierten bleibt damit nur die Wahl, solche Schutzlosigkeit mit all ihren Konsequenzen hinzunehmen oder sich auf ersatzweisen Schutz einzulassen. Das kann dazu führen, daß sie ihre eigenen Interessen hintan stellen müssen und so zum Spielball der Freier werden; im anderen Fall bleibt ihnen nur die Einordnung in ein Zuhältersystem mit der Folge persönlicher und finanzieller Abhängigkeit bis hin zur Ausbeutung.

Hinter dieser Politik mag der Gedanke stehen, die Prostituierte durch die Umstände ihrer Tätigkeit zum Ausstieg zu motivieren bzw. vom Einstieg in die Prostitution abzuschrecken. Dieser Ansatz ist jedoch in verschiedener Hinsicht fragwürdig. Zum einen haben sich in der modernen freiheitlich pluralistischen Ge-

sellschaft die Vorstellungen über den Inhalt der guten Sitten sowie zur Pflicht des Staates, über deren Einhaltung zu wachen, gewandelt. Die Entwicklung des Sexualstrafrechts ist ein Beleg dafür. Selbst bei Verstößen gegen Regeln, die nach einhelliger Meinung den guten Sitten zuzurechnen sind, kommt es in einer modernen Rechtsordnung zusätzlich auf die Sozialschädlichkeit solchen Verhaltens an. Erst sie begründet das staatliche Regelungs- bzw. Eingriffsbedürfnis. Die Annahme, daß die Prostitution bereits als solche, also völlig losgelöst von ihren Erscheinungsformen und Begleitumständen sozialschädlich sei, ist heute so umstritten, daß der Staat sie seiner Politik schon aus Zweckmäßigkeitsgründen, vor allem unter dem Aspekt der Akzeptanz, nicht mehr zugrundelegen kann. Auf die verfassungsrechtliche Frage der Wechselbeziehung zwischen den Wertvorstellungen des Grundgesetzes und den überkommenen Vorstellungen zum Inhalt und zur Funktion der guten Sitten braucht daher nicht eigens eingegangen zu werden. Soweit die Sozialschädlichkeit bestimmter Erscheinungsformen und Begleitumstände der Prostitution schon früher zur Begründung von Regelungs- bzw. Eingriffsbedürfnissen herangezogen wurde, ist sie angesichts der Bedrohung durch die HIV-Infektion neu zu durchdenken. Auch wenn die Zahl der infizierten Prostituierten derzeit noch so gering ist, daß man bei ihnen nicht von einer Hauptbetroffenengruppe sprechen kann, so ist doch die Prostitution ein bedeutsamer Risikofaktor für die HIV-Infektion. Dies vor allem dann, wenn die Umstände die Prostituierten dazu verleiten, bei der Ausübung der Prostitution ihre eigenen Gesundheitsinteressen hintan zu stellen. Da die Gesundheitspolitik mit ihren Präventionsbemühungen die Freier möglicherweise nicht erreicht, ist sie in besonderem Maße auf eben dieses Gesundheitsinteresse der Prostituierten angewiesen. Angesichts der Bedrohung durch die HIV-Infektion läßt sich daher eine Verstärkung des Gesundheitsschutzes für die Prostituierten, und das heißt letztlich eine pflegliche Kooperation zwischen den Prostituierten und den Gesundheitsverwaltungen, nicht länger unter dem Aspekt verbotener oder mindestens unerwünschter Förderung der Prostitution abtun.

6.9.3.2

Es wäre deshalb für die AIDS-Vorbeugung wichtig, die rechtliche und soziale Situation der Prostituierten so zu verändern, daß sie besser in der Lage sind, ihr Eigeninteresse an vorbeugenden Schutzmaßnahmen sowohl gegenüber den Freiern als auch gegenüber den Bordellbetreibern durchzusetzen.

Dazu müßte § 138 Abs.1 BGB im Hinblick auf die Prostitution abgeschwächt werden. Dies könnte etwa durch den Zusatz geschehen, daß das Versprechen einer Gegenleistung für die geschlechtliche Hingabe gegen Entgelt nicht schon wegen der Sittenwidrigkeit nichtig ist. Mit diesem auf „das Versprechen der Gegenleistung" beschränkten Zusatz würde zugleich vermieden, daß das Versprechen, sexuelle Leistungen gegen Entgelt zu erbringen, erzwungen werden kann.

Prostituierte in Bordellen sind durch die §§ 180 a Abs. 1 Nr. 1, 181 a Abs. 1 StGB vor Ausnutzung ihrer persönlichen oder wirtschaftlichen Abhängigkeit und vor Ausbeutung durch Bordellbetriebe und Zuhälter hinreichend geschützt. Unter dem Gesichtspunkt der AIDS-Vorbeugung ist es nicht sinnvoll, darüber hinaus auch ordentlich geführte Bordelle, die mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten, zu verbieten. § 180 a Abs. 1 Nr. 2 StGB sollte deshalb im Hinblick auf die AIDS-Prävention entsprechend geändert werden. *)

6.9.3.3

Es besteht kein Grund, die Prostitution innerhalb von Sperrbezirken zu verbieten, wenn sie unauffällig bleibt und andere nicht belästigt werden. Dasselbe gilt für unauffällige Werbung für die Prostitution durch Zeitungsanzeigen. § 184 a StGB und § 120 OWiG sollten deshalb entsprechend eingeschränkt werden. *)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 371

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie bei den Ländern anzuregen,

6.9.4.1

Gesetzentwürfe des Inhalts vorzulegen *),

6.9.4.1.1

daß das Versprechen einer Gegenleistung für die geschlechtliche Hingabe nicht schon wegen Sittenwidrigkeit nichtig ist;

6.9.4.1.2

§ 180 a Abs. 1 Nr. 2 StGB dahin einzuschränken, daß ordentlich geführte Bordelle, die mit den Gesundheitsbehörden zusammenarbeiten, nicht mehr unter diesen Tatbestand fallen;

6.9.4.1.3

daß die unauffällige Ausübung der Prostitution in Sperrbezirken, die andere nicht belästigt, und die unauffällige Werbung für die Prostitution, einschließlich von Hinweisen auf Safer-Sex, keine Straftat oder Ordnungswidrigkeit mehr darstellen;

6.9.4.2

auf eine vertrauensvolle, kooperative Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsverwaltungen und Prostituierten hinsichtlich deren Bemühungen um eine risikofreie Ausübung ihrer Tätigkeit hinzuwirken.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 371

6. Kapitel: AIDS und Recht

Unterabschnitt 10: Ausländerrecht und AIDS*)

Einleitung

Die Kommission hat den möglichen Beitrag der Anwendung ausländerrechtlicher Bestimmungen zur Prävention und Eindämmung von AIDS sowie zum Schutz inländischer Ressourcen, vor allem des Krankenversorgungssystems, geprüft. Ausländerrechtliche Maßnahmen können in der Verweigerung der Einreise oder in der Beendigung des Aufenthalts (Ausweisung) bestehen.

Das Bundesseuchengesetz (BSeuchG) stellt nicht auf die Staatsangehörigkeit der Adressaten ab. Die nach diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen sind daher ohne Unterschied gegenüber Ausländern und Deutschen anzuwenden.

Angesichts der Besonderheiten von AIDS und angesichts der Entwicklung des grenzüberschreitenden Verkehrs (im ersten Halbjahr 1987 wurden 223 Mio. Einreisen in die Bundesrepublik Deutschland geschätzt; davon entfielen 76 Mio. auf Ausländer und von diesen 46 Mio. auf EG-Staatsangehörige) greifen indes die im BSeuchG verfaßten traditionellen seuchenpolizeilichen Instrumente nur fragmentarisch oder gar nicht.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 372

I. Bestandsaufnahme

6.10.1 Handlungsrahmen

Die Anwendbarkeit des BSeuchG schließt ausländerbehördliche Maßnahmen im Zusammenhang mit AIDS nicht aus. Das Ausländerrecht setzt nach Zielsetzung und Instrumenten anders als das BSeuchG an und gibt den Ausländerbehörden Befugnisse, die sich von den Befugnissen der Gesundheitsämter nach Zielsetzung und Inhalt wesentlich unterscheiden.

Das Ausländerrecht regelt die Zulassung, Ausgestaltung und Beendigung des Aufenthalts von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. Aufenthaltserlaubnisse dürfen Ausländern erteilt und verlängert werden, „wenn die Anwesenheit des Ausländers Belange der Bundesrepublik Deutschland nicht beeinträchtigt" (§§ 2 Abs. 1 Satz 2, 7 Abs. 2 Satz 2 Ausländergesetz (AuslG)). Die Belange der Bundesrepublik Deutschland sind zugleich rechtliches Kriterium für die Erteilung und Verlängerung von Aufenthaltserlaubnissen und Leitgesichtspunkt für den Handlungsrahmen der Ausländerbehörden. Sie eröffnen einen weiten Bereich ausländerpolitischer Zielsetzungen.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung umfassen die ausländerbehördlich zu wahrenden Belange der Bundesrepublik Deutschland über die polizeiliche Gefahrenabwehr hinausgehend eine Vielzahl öffentlicher Interessen, die einem zeitlichen und örtlichen Wandel unterworfen sein können. Beispiele für ausländerbehördlich zu wahrende Belange, die allerdings nicht abschließend sind, enthält der Ausweisungskatalog des § 10 Abs. 1 AuslG.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfGE 49, S. 168) hat die Notwendigkeit flexiblen Handelns der Ausländerbehörden betont und die Auffassung vertreten, daß die ausländerbehördlich zu wahrenden Belange der Bundesrepublik Deutschland letztlich nicht abschließend umschreibbar seien. Im Ergebnis können daher alle denkbaren politischen und administrativen Zielsetzungen, die nicht ausdrücklich der Rechtsordnung widersprechen, Grundlage ausländerbehördlicher Maßnahmen sein.

Aufgrund der Weite des ausländerpolizeilichen Handlungsrahmens können die Ausländerbehörden folgende Ziele im Zusammenhang mit AIDS verfolgen, ohne insoweit rechtlich gebunden zu sein:

6.10.1.1 Eindämmen der HIV-Infektion im Inland

§ 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG nennt die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit ausdrücklich als Ausweisungsgrund. Daraus ergibt sich, daß der Schutz der öffentlichen Gesundheit zu den von den Ausländerbehörden zu wahrenden Belangen der Bundesrepublik Deutschland gehört. Insofern handeln die Ausländerbehörden mit ihrem Instrumentarium neben den Gesundheitsämtern. Dem ausländerbehördlichen Handlungsansatz steht nicht entgegen, daß die HIV-Infektion entsprechend der Zusammensetzung der Bevölkerung mehr von Deutschen als von Ausländern verbreitet wird. Ziel solcher, zum Teil persönlich sehr einschneidender Maßnahmen gegen gefährliche und/oder betroffene Ausländer kann auch eine marginale oder auch nur hypothetische Verlangsamung der Verbreitungsgeschwindigkeit sein.

6.10.1.2 Individualschutz

Ziel ausländerbehördlicher Maßnahmen kann es auch sein, den unmittelbaren persönlichen Umkreis des Ausländers vor einer Weitergabe einer vorhandenen Infektion zu schützen. Insoweit nicht eine unbestimmte Allgemeinheit, sondern konkrete Personen geschützt werden sollen, fordern allerdings die Freiheitsrechte der Betroffenen in verstärktem Maß Berücksichtigung.

6.10.1.3 Schutz inländischer Ressourcen

Die Inanspruchnahme von Sozialhilfe durch einen Ausländer ist ein Ausweisungsgrund nach § 10 Abs. 1 Nr. 10 AuslG. Zu den anerkannten Handlungszielen der Ausländerbehörden gehört es daher auch, die Inanspruchnahme des Systems der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland durch Ausländer zu begrenzen. Darüber hinaus kann es ein Ziel ausländerbehördlichen Handelns sein, die zusätzliche Inanspruchnahme begrenzter Kapazitäten medizinischer und sozialer Betreuung zu verhindern.

Die Breite der denkbaren ausländerbehördlichen Zielsetzungen belegt die Selbständigkeit des Ausländerrechts neben dem Seuchenrecht.

Da der Begriff der ausländerbehördlich zu wahrenden Belange der Bundesrepublik Deutschland kaum eingrenzbar ist, ergeben sich die rechtlichen Grenzen der Befugnisse der Ausländerbehörden in Bezug auf AIDS weniger aus diesem Begriff als aus den Kriterien der Eignung, der Erforderlichkeit und des Übermaßverbots im Rahmen des allgemeinen rechtsstaatlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips.

6.10.2 Adressaten ausländerbehördlicher Maßnahmen

Ausländerrecht ist Sonderrecht für alle Menschen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikel 116 Grundgesetz (GG) sind und daher von § 1 Abs. 2 AuslG als Ausländer im Rechtssinne bezeichnet werden.

Unter den Adressaten des Ausländerrechts gibt es in rechtlicher Sicht wichtige Differenzierungen. Die behördliche Lenkung der Einreise und des Aufenthalts von Ausländern unterliegt unterschiedlichen rechtlichen Bindungen je nach der Zugehörigkeit des Ausländers zu einer mehr oder weniger priviligierten Ausländergruppe:

6.10.2.1 Nicht bevorrechtigte Ausländer

Dies sind Ausländer, die keiner der bevorrechtigten Gruppen angehören und die keine besonderen Bindungen an das Bundesgebiet haben. Auf sie findet das Ausländergesetz von 1965 uneingeschränkt Anwendung. Zu dieser Gruppe gehören Besucher, Touristen, Geschäftsreisende, in eingeschränktem Maß aber auch Auszubildende und Studenten.

6.10.2.2 Inländer fremder Staatsangehörigkeit

So wie es im umgangssprachlichen Wortsinn Ausländer deutscher Staatsangehörigkeit gibt, nämlich Menschen, die im Ausland geboren sind und dort leben, ohne eine andere Bindung zur Bundesrepublik als den oftmals über Generationen erworbenen Status der deutschen Staatsangehörigkeit, gibt es Inländer fremder Staatsangehörigkeit, nämlich in das Bundesgebiet eingewanderte Menschen mit Daueraufenthaltsrecht und ihre Kinder und Kindeskinder. Ohne formelle Einbürgerung bleiben die Einwanderer juristisch gesehen Ausländer. Gleiches gilt für die hier geborenen Kinder und Kindeskinder von Einwanderern, weil das geltende Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz aus dem Jahre 1913 ausschließlich auf die Abstammung von Deutschen als Grund für den Erwerb der Staatsangehörigkeit abstellt.

Inländer fremder Staatsangehörigkeit unterliegen dem Ausländergesetz. Die Rechtsprechung hat allerdings verfassungsrechtliche Absicherungen ihres Aufenthalts im Rahmen des rechtstaatlichen Vertrauensschutzes herausgearbeitet. Darüber hinaus ist zu bedenken, daß sie als Inländer womöglich einen Anspruch auf Gleichbehandlung mit Deutschen im Falle einer HIV-Infektion oder Erkrankung haben, und zwar unabhängig davon, ob sie diese im Inland oder bei einer Auslandsreise erworben haben.

6.10.2.3 EG-Bürger

Staatsangehörige der Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) genießen Freizügigkeit. Voraussetzungen und Umfang ihres Einreise- und Aufenthaltsrechts sind verbindlich auf EG-Ebene (vgl. insbesondere Artikel 48ff. EWG-Vertrag (EWGV) geregelt. Weiterentwicklungen im Zusammenhang mit der Realisierung des Binnenmarkts und des Vertrags von Schengen sind in bezug auf EG-Bürger zu berücksichtigen.

6.10.2.4 Flüchtlinge

Flüchtlinge, die in der Bundesrepublik Deutschland politisches Asyl beantragen, sowie anerkannte politisch Verfolgte dürfen nach Völkerrecht nicht in einen Verfolgerstaat zurückgewiesen oder abgeschoben werden. Nach Artikel 16 Abs. 2 Satz 2 GG genießen sie Asylrecht im Bundesgebiet. Diese Rechte genießen sie auch im Fall einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung. Auch im Bezug auf sonstige ausländerbehördliche Maßnahmen genießen Flüchtlinge eine besondere Rechtsstellung.

6.10.3 Einreisevisum und HIV-Infektion

Bei einreisenden Ausländern bestehen unterschiedliche ausländerbehördliche Kontrollmöglichkeiten, je nachdem, ob es sich um eine visumspflichtige Einreise handelt oder nicht.

Visumspflichtig ist die Einreise aller Bürger von Staaten, die nicht in der sogenannten Positivliste im Anhang der Durchführungsverordnung zum Ausländergesetz (DVAuslG) genannt sind. In den letzten Jahren hat man mehrere Staaten aus der Positivliste gestrichen, um den Zugang von Flüchtlingen aus diesen Staaten in des Bundesgebiet zu erschweren. Seuchenpolitische Gesichtspunkte wurden bisher bei der Aufnahme eines Landes in die Positivliste bzw. bei der Streichung nicht berücksichtigt.

Neben Ausländern, deren Heimatstaaten nicht in die Positivliste aufgenommen sind, bedürfen generell Ausländer, die sich länger als 3 Monate im Bundesgebiet aufhalten oder hier erwerbstätig werden wollen, eines Einreisevisums. In diesem Fall wird das Visum erst nach vorheriger Zustimmung der für den vorgesehenen Aufenthaltsort zuständigen Ausländerbehörde erteilt (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, Abs. 5 DVAuslG).

Zuständig für die Erteilung des Visums ist die für den gewöhnlichen Aufenthaltsort des Ausländers zuständige Botschaft oder das zuständige Konsulat der Bundesrepublik Deutschland.Die deutsche Auslandsvertretung hat bei der Erteilung eines Visums alle ausländerrechtlich relevanten Belange der Bundesrepublik Deutschland zu berücksichtigen. Dazu können auch gesundheitspolitische Belange gehören. So sieht die Verwaltungsvorschrift Nr. 3 c zu § 21 AuslG ausdrücklich vor, daß die Auslandsvertretung den Ausländer auffordern kann, ein ärztliches Gesundheitszeugnis vorzulegen. Ob die Auslandsvertretung in diesem Rahmen auch Auskunft über eine HIV-Infektion verlangen kann und soll, ist nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden.

Hinreichend sichere Anzeichen für das Bestehen einer HIV-Infektion können rechtlich der Erteilung eines Visums entgegenstehen. Eine erkannte HIV-Infektion ist indessen kein rechtlich zwingender Grund gegen die Erteilung eines Visums. Das gilt zum einen dann, wenn von dem Antragsteller aufgrund seiner Persönlichkeit keine Ansteckungsgefahr im Bundesgebiet und keine Inanspruchnahme knapper Ressourcen zu erwarten sind. Zum anderen können zwingende Gesichtspunkte für die Erteilung eines Visums sprechen, die im Rahmen der nach § 2 Abs. 1 Satz 2

AuslG erforderlichen Abwägung zu berücksichtigen sind.

6.10.4 Einreise ohne Visum

Die weit überwiegende Mehrzahl der auf halbjährlich 76 Mio. geschätzten Einreisen von Ausländern ist visumsfrei. Dazu gehören die auf 46 Mio. geschätzten Einreisen von EG-Staatsangehörigen sowie die Einreisen von Geschäftsleuten, Touristen und Besuchern aus Ländern der Positivliste. Hinzu kommen zwischenlandende Fluggäste, Fluglinienpersonal usw. (§ 1 DVAuslG).

Bei diesen visumsfreien Einreisen findet nach gegenwärtiger Praxis eine Ausweiskontrolle statt, auf die teilweise auch verzichtet wird. Ein weiterer Abbau der Grenzkontrollen ist im Zuge der Errichtung des Europäischen Binnenmarkts und des Abkommens von Schengen vorgesehen.

Gleichwohl ist eine HIV-Infektion nach geltendem Recht für die visumsfreie Einreise nicht irrelevant. Sie kann, sofern sie dem kontrollierenden Grenzbeamten bekannt ist und der einreisende Ausländer die öffentliche Gesundheit gefährdet (§ 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG), die Zurückweisung des Ausländers an der Grenze zur Folge haben (§ 18 Abs. 1 Satz 2 AuslG). Zur Feststellung einer Infektion kommen eigene Äußerungen des Einreisenden, von ihm mitgeführten Dokumente und sonstige Informationen in Betracht. Prostituierte und Drogensüchtige können wegen Erwerbsunzucht bzw. Gefährdung sonstiger erheblicher Belange der Bundesrepublik Deutschland an der Grenze zurückgewiesen werden (§ 10 Abs. 1 Nr. 8, 11 in Verbindung mit § 18 Abs. 1 Satz 2 AuslG), ohne daß es auf die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion ankommt.

Die Möglichkeit der Zurückweisung an der Grenze gilt allerdings nicht für Flüchtlinge, die sich auf eine politische Verfolgung im Heimatstaat berufen und nicht schon in einem Drittstaat Sicherheit vor Verfolgung gefunden haben. Sie genießen ein von einer HIV-Infektion unabhängiges Recht zur Einreise und zum vorläufigen Aufenthalt kraft Artikel 16 Abs. 2 Satz 2 GG. Das Verbot der Zurückweisung in einen Verfolgerstaat ergibt sich darüber hinaus aus Artikel 33 der Genfer Flüchtlingskonvention.

Auch die Einreise von freizügigkeitsberechtigten Staatsangehörigen der EG-Mitgliedstaaten darf nach geltender Gesetzeslage nicht wegen einer HIV-Infektion oder einer Erkrankung an AIDS verweigert werden. Die Einreise von freizügigkeitsberechtigten EG-Staatsangehörigen darf zwar grundsätzlich nach Artikel 48 Abs. 3 EWGV aus Gründen der öffentlichen Gesundheit verweigert werden. Das gilt jedoch nach der Richtlinie des Rates Nr. 64/221/EWG (EWG-Richtl. 64/221) in Verbindung mit § 12 Abs. 6 Aufenthaltsgesetz/EWG nur für meldepflichtige Krankheiten. Ob AIDS eine meldepflichtige Krankheit nach dem Bundesseuchengesetz ist, kann jedoch dahingestellt bleiben, weil Artikel 4 Abs. 3 EWG-Richtl. 64/221 den Mitgliedstaaten verbietet, weiter einschränkende Bestimmungen einzuführen, als bei Bekanntgabe der Richtlinie galten (sogen. Stand-Still-Klausel). Bei Wertung der EG-Freizügigkeit ist zu berücksichtigen, daß es für die Inanspruchnahme dieses Rechts nicht genügt, Staatsangehöriger eines EG-Mitgliedstaates zu sein. Es muß vielmehr eine ökonomische Bestimmung als Arbeitnehmer oder als Arbeitssuchender, Dienstleistender oder Dienstleistungsempfänger oder selbständig Erwerbstätiger oder ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot des Artikel 7 EWGV hinzukommen. Ein abgeleitetes Freizügigkeitsrecht haben Familienangehörige unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit.

6.10.5 Aufenthaltsgewährung und HIV-Test

Einreisesichtvermerke werden regelmäßig nur mit einer Gültigkeitsdauer von bis zu 3 Monaten ausgestellt. Zentrale Bedeutung für die Zulassung zum Aufenthalt im Inland hat die erste Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis durch die örtlich zuständige Ausländerbehörde. Durch Einreisevisum und erste Aufenthaltserlaubnis werden auch Aufenthaltszweck und Aufenthaltsdauer festgelegt. So ist die Aufenthaltsdauer bei Gestattung des Familiennachzugs grundsätzlich unbegrenzt, trotz zunächst befristeter Aufenthaltserlaubnisse. Aufenthalterlaubnisse für Auszubildende und Studenten werden nur für einen zeitlich befristeten Aufenthaltszweck erteilt.

6.10.5.1 HIV-Test als Voraussetzung für die Erteilung der ersten Aufenthaltserlaubnis

Im Unterschied zum Bundesseuchengesetz enthält das Ausländergesetz keine ausdrückliche Ermächtigung für die Anordnung medizinischer Untersuchungen. Gleichwohl wird in allen Bundesländern entsprechend der bundeseinheitlichen Verwaltungsvorschrift Nr. 31 1 zu § 21 AuslG eine medizinische Untersuchung als Voraussetzung für die erste Erteilung der Aufenthaltserlaubnis gefordert. Gegenstand und Umfang der geforderten medizinischen Untersuchungen sind allerdings von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.

Der Gesundheitszustand eines den Aufenthalt im Inland begehrenden Ausländers und eine von ihm ausgehende Infektionsgefahr berühren Belange der Bundesrepublik Deutschland, die gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG bei der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis zu berücksichtigen sind. Die Notwendigkeit und grundsätzliche Rechtmäßigkeit ausländerbehördlicher Feststellungen zum Gesundheitszustand ergibt sich aus allgemeinem Verwaltungsverfahrensrecht.

Die Befugnis der Ausländerbehörde zur Sachverhaltsaufklärung wird allerdings durch den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit begrenzt. Insbesondere müssen die durchgeführten medizinischen Untersuchungen im Hinblick auf den Aufenthaltszweck erforderlich sein und dürfen nicht unverhältnismäßig in das Persönlichkeitsrecht und die körperliche Unversehrtheit des Ausländers eingreifen. Von daher verbietet es sich, die medizinische Untersuchung auf seltene Krankheiten mit geringem Gefährdungspotential zu erstrecken oder Untersuchungen mit besonders

schwerwiegenden Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit zu verlangen.

Nach diesen Grundsätzen ist die Durchführung eines obligatorischen HIV-Tests vor der ersten Erteilung der Aufenthaltserlaubnis zu beurteilen. Ein solcher Test wird in Bayern gemäß Erlaß des Innenministeriums vom 19. Mai 1987, MABl. Nr. 10/1987, gefordert. Allerdings sind Ausländer aus westeuropäischen Ländern davon ausgenommen.

6.10.5.2 Ablehnung der ersten Aufenthaltserlaubnis bei HIV-Infektion

Eine Aufenthaltserlaubnis darf nach § 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG nur erteilt werden, wenn Belange der Bundesrepublik Deutschland nicht entgegenstehen. Die insoweit relevanten Belange der Bundesrepublik Deutschland werden insbesondere durch die Ausweisungsgründe des § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 AuslG bestimmt. Ausweisungsgrund und damit Grund für die Nichterteilung der Aufenthaltserlaubnis ist gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG die Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch den Ausländer.

Da intravenös Drogensüchtige unabhängig von einer möglichen HIV-Infektion von der Erteilung der Aufenthaltserlaubnis ausgeschlossen werden können, kommt es ausländerrechtlich auf andere Übertragungswege an.

Das Schädigungspotential einer HIV-Infektion ist schwerwiegend. Es genügt ein geringer Wahrscheinlichkeitsgrad der Weiterverbreitung für die Annahme einer Gefährdung der öffentlichen Gesundheit. Die Feststellung, daß jemand HIV-positiv ist, begründet in der Praxis teilweise die Annahme, daß von dem betreffenden Ausländer eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit im Sinne von § 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG ausgeht, wenn nicht in der Person des Ausländers Umstände vorliegen, die eine Verbreitung der Infektion als eine bloß entfernte Möglichkeit erscheinen lassen.

Die Bedeutung dieser Einschätzung wird allerdings durch die Flexibilität des Ausländerrechts relativiert. Die Feststellung eines Ausweisungsgrundes hat nicht notwendig die Ausweisung zur Folge, sondern bedeutet nur die Eröffnung eines Ermessensspielraums. Die Ausweisung darf nicht unverhältnismäßig sein. Es sind daher die für den Aufenthalt sprechenden Bindungen des Ausländers im Bundesgebiet zu berücksichtigen.

Ähnlich ist es bei der Erteilung der Aufenthaltserlaubnis. Das Vorliegen eines Ausweisungsgrundes bedeutet noch nicht notwendig, daß der Aufenthalt des Ausländers Belange der Bundesrepublik Deutschland im Sinne § 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG beeinträchtigt. Vielmehr sind den gegen den Aufenthalt sprechenden Gesichtspunkten diejenigen gegenüberzustellen, die für den Aufenthalt sprechen; anschließend ist eine Bilanz zu ziehen. Die Negativschranke des § 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG greift nur bei deutlich überwiegender negativer Bilanz ein.

Dabei ist auch abzuwägen, ob statt der schwerwiegenden Versagung der Aufenthaltserlaubnis der Einsatz des Instrumentariums des BSeuchG ausreicht. Der Grundsatz der Angemessenheit kann es gebieten, von den danach gegebenen Möglichkeiten der Beobachtung, Erteilung von Auflagen und Weisungen usw. vorrangig Gebrauch zu machen. Es kann dabei nicht von vornherein davon ausgegangen werden, daß die Wirksamkeit dieser seuchenrechtlichen Maßnahmen bei Ausländern geringeren Erfolg als bei Inländern haben wird.

Bei der Entscheidung über die erste Aufenthaltserlaubnis sind nach dem Ausländerrecht im Falle einer HIV-Infektion allerdings nicht nur die Belange der öffentlichen Gesundheit, sondern auch Fragen des Individualschutzes und des Schutzes inländischer Ressourcen zu berücksichtigen. Weiter ist zu fragen, ob nicht der Zweck der Aufenthaltserlaubnis durch eine HIV-Infektion in Frage gestellt wird. Darüber hinaus ist zu bedenken, daß die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis im Ermessenswege abgelehnt werden darf, auch wenn Belange der Bundesrepublik Deutschland ihrer Erteilung nicht entgegenstehen. Das Interesse eines Ausländers, sich in der Bundesrepublik Deutschland aufzuhalten, ist nach geltendem Ausländerrecht nicht geschützt.

Die Unbestimmtheit der gesetzlichen Regelung und ihr Ermessenscharakter machen also jeweils eine Einzelfallprüfung erforderlich. Einer generalisierenden Festlegung steht die Fülle der im Einzelfall zu beachtenden Gesichtspunkte entgegen.

6.10.5.3 HIV-Infektion und Familiennachzug

Der Nachzug ausländischer Familienangehöriger zu im Bundesgebiet lebenden Deutschen oder Ausländern ist im Ausländergesetz nicht geregelt. Nach der Rechtsprechung ergibt sich jedoch die Verpflichtung zu einem aufenthaltsrechtlichen Schutz der Familieneinheit aus dem Grundrecht aus Artikel 6 Abs. 1 GG, das Ehe und Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung stellt.

Bei deutsch-ausländischen Ehen und Familien folgt aus dem verfassungsmäßig garantierten Aufenthaltsrecht des Deutschen im Zusammenhang mit dem Familienschutz ein grundsätzliches Aufenthalts- und Bleiberecht der ausländischen Familienangehörigen. Gleichwohl kann die Aufenthaltserlaubnis auch ausländischen Familienangehörigen Deutscher bei Vorliegen schwerwiegender Ablehnungsgründe versagt werden.

Rein ausländische Ehen und Familien genießen demgegenüber aufenthaltsrechtlich nach der Rechtsprechung einen schwächeren Schutz. Auch das Bundesverfassungsgericht nimmt an, daß sich aus Artikel 6 Abs. 1 GG für ausländische Ehegatten und Familienmitglieder kein grundrechtlicher Anspruch auf Einreise und Aufenthalt zwecks Nachzugs zu ihren im Bundesgebiet lebenden ausländischen Angehörigen ergebe. Der Wunsch nach Herstellung der Familieneinheit sei allerdings in die Bewertung der Belange

der Bundesrepublik Deutschland und in die Ermessensausübung einzubeziehen.

Im Rahmen der Familienzusammenführung wird bei der ersten Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis die Vorlage eines Gesundheitszeugnisses gefordert.

Im Hinblick auf den grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie in Artikel 6 Abs. 1 GG darf jedoch ein positiver HIV-Test nicht ohne weiteres zur Ablehnung des Familiennachzugs führen. Die staatliche Verpflichtung zur Förderung von Ehe und Familie ist als normativ hochrangiger Belang der Bundesrepublik Deutschland bei der Entscheidung der Ausländerbehörde mitzuberücksichtigen. Die HIV-Infektion kann zur Ablehnung der Aufenthaltserlaubnis führen, wenn die von dem Ausländer ausgehende Verbreitungsgefahr relativ groß oder die Herstellung der Familieneinheit im Bundesgebiet nur in geringem Maß schutzwürdig ist. Letzteres kann bei befristetem Aufenthalt oder einem ohnehin geringem Maß an Familienzusammenhalt der Fall sein.

Wenn die ausländische Staatsangehörigkeit des im Bundesgebiet lebenden Familienangehörigen gegenüber seinen Bindungen im Bundesgebiet zurücktritt und er im oben bezeichneten Sinn als Inländer fremder Staatsangehörigkeit anzusehen ist, kann eine Gleichstellung mit Deutschen verfassungsrechtlich durch Artikel 3 Abs 1 GG geboten sein.

6.10.5.4 EG-Ausländer

Gemäß § 12 Abs. 6 Aufenthaltsgesetz/EWG dürfen Einschränkungen der Freizügigkeit von EG-Staatsangehörigen nur angeordnet werden, wenn der Ausländer an einer schon bisher nach dem Bundesseuchengesetz meldepflichtigen Krankheit erkrankt ist. Die standstill-Klausel des Artikel 4 Abs. 3 EWG-Richtl. 64/221 steht insoweit einer Verschärfung der deutschen Bestimmungen entgegen.

Da freizügigkeitsbeschränkende Maßnahmen von den Mitgliedstaaten nur dann angeordnet werden dürfen, wenn der EG-Ausländer durch sein persönliches Verhalten dazu Anlaß gibt, sind generelle Gesundheitsuntersuchungen gegenüber EG-Ausländern bei erster Erteilung der Aufenthaltserlaubnis ausgeschlossen. Auch insofern sind daher EG-Bürger Inländern gleichgestellt.

6.10.5.5 Flüchtlinge

Bei Asylbewerbern ist die Rechtsgrundlage einer medizinischen Untersuchung und eines HIV-Tests rechtlich zweifelhaft. Im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) gibt es dafür keine ausdrückliche Rechtsgrundlage. Da der Anspruch auf Gewährung politischen Asyls vom Gesundheitszustand des Asylbewerbers und von Infektionsgefahren unabhängig ist, darf insoweit eine medizinische Untersuchung nicht angeordnet werden.

Als Rechtsgrundlage für die Anordnung einer medizinischen Untersuchung dient jedoch gelegentlich § 20 Abs. 2 AsylVfG. Danach kann die asylrechtliche Aufenthaltsgestattung mit Auflagen versehen werden. Als zulässige Auflage wird die Verpflichtung zu einer medizinischen Untersuchung angesehen. Diese dürfe notfalls auch mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden.

Entsprechend der allgemeinen Regel in § 36 Abs. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) muß aber von einer Auflage im Sinne des § 20 Abs. 2 AsylVfG gefordert werden, daß sie zur Sicherstellung der gesetzlichen Voraussetzungen der Aufenthaltsgestattung dient. Die Gesundheit des Asylsuchenden ist keine positive gesetzliche Voraussetzung für die Aufenthaltsgestattung. Deshalb wird die generelle Durchführung von HIV-Antikörpertests bei der Einreise überwiegend als unverhältnismäßig abgelehnt. Es wird in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen, daß selbst eine HIV-Infektion oder eine AIDS-Erkrankung nicht zur Verweigerung der Einreise führen würde und bei positivem Befund außer einer Beratung keine weitere Hilfe angeboten werden könnte.

Eine HIV-Untersuchung von Asylsuchenden ist jedoch dann rechtmäßig, wenn diese gleichzeitig eine asylunabhängige Aufenthaltserlaubnis oder eine Duldung aus humanitären Gründen beantragen. Sie unterliegen dann insofern dem allgemeinen Ausländerrecht, das die Ausländerbehörden zur Berücksichtigung des Gesundheitszustandes ermächtigt.

Besteht bei Asylbewerbern oder Asylberechtigten der Verdacht einer Ansteckung mit HIV oder ist eine solche Ansteckung bekannt und stellt der Asylbewerber oder der Asylberechtigte durch sein Verhalten eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar, können ausländerbehördliche Auflagen oder eine Ausweisung gemäß § 11 Abs. 2, 3 AuslG in Betracht kommen. Um die tatsächlichen Voraussetzungen ihres Handelns zu klären, darf die Ausländerbehörde in diesem Fall eine medizinische Untersuchung gemäß § 26 Abs. 1 VwVfG anordnen. Wird die Untersuchung verweigert, kann die Ausländerbehörde aufgrund der bestehenden tatsächlichen Anhaltspunkte entscheiden.

6.10.5.6 Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis, unbefristete Aufenhaltserlaubnis, Aufenthaltsberechtigung

Bei der Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis und bei der Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltserlaubnis oder einer Aufenthaltsberechtigung wird nach gegenwärtiger Praxis der Gesundheitszustand nicht erneut überprüft. Dies entspricht der Rechtslage, wonach der Ausländer durch Zulassung zum Aufenthalt im Inland in die Gewährleistungen des Sozialstaats miteinbezogen ist. Durch die Zulassung zum Aufenthalt übernimmt die Bundesrepublik Deutschland auch das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Ausländers. Formal unterliegt zwar die Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis gemäß §§ 7 Abs. 2, 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG denselben Kriterien wie die erste Erteilung der Aufenthaltserlaubnis. Inhaltlich sind aber bei der Bewertung der Belange der Bundesrepublik Deutschland Sozialstaat-

lichkeit und Rechtsstaatlichkeit zu berücksichtigen. Dazu gehört insbesondere der rechtsstaatliche Schutz des durch die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis begründeten Vertrauens des Ausländers, seinen Aufenthaltszweck im Bundesgebiet erfüllen zu dürfen.

6.10.6 Aufenthaltsbeendigung

Der massivste Rechtsakt zur Aufenthaltsbeendigung ist die Ausweisung. Wird die HIV-Infektion eines Ausländers festgestellt, kommt insbesondere eine Ausweisung wegen Gefährdung der öffentlichen Gesundheit (§ 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG) in Betracht.

Da die HIV-Infektion u. a. durch ungeschützten Sexualverkehr verbreitet wird, ist grundsätzlich bei jedem HIV-infizierten Ausländer eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit anzunehmen, wenn nicht Umstände in der Person des Ausländers vorliegen, die eine Verbreitung der Infektion als eine bloß entfernte Möglichkeit erscheinen lassen.

Allerdings bedeutet das Vorliegen eines Ausweisungsgrundes nur die Eröffnung eines ausländerbehördlichen Ermessens, das nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auszuüben ist. Die Ausweisung ist daher auch dann rechtlich ausgeschlossen, wenn der vom HIV-infizierten Ausländer ausgehenden Gesundheitsgefahr durch andere Maßnahmen begegnet werden kann. In diesem Zusammenhang kommen auch seuchen- oder ausländerpolizeiliche Auflagen in Betracht.

Bei der Entscheidung über eine Ausweisung sind auch die Interessen des Ausländers an der Fortsetzung seines Aufenthalts im Bundesgebiet zu berücksichtigen. In diesen Zusammenhang gehören familiäre Bindungen des Ausländers im Bundesgebiet, sein berechtigtes Interesse an der Fortsetzung und Beendigung einer begonnenen Ausbildung oder eines Studiums sowie bei ausländischen Erwerbstätigen ihre Zulassung zur Erwerbs- und Solidargemeinschaft der Bundesrepublik Deutschland. Liegen derartige Gesichtspunkte vor, kann die von jedem HIV-Infizierten ausgehende allgemeine Gefahr, die Infektion auf andere zu übertragen, die Ausweisung nicht begründen. Das ist anders, wenn der Ausländer durch sein Verhalten Anlaß zur Annahme einer erhöhten von ihm ausgehenden Infektionsgefahr gibt.

Unter gleichen Voraussetzungen kann eine HIV-Infektion Grund für eine Nichtverlängerung der Aufenthaltserlaubnis sein. Besteht aber ein verfassungsrechtlich geschütztes Vertrauen in die Erfüllung des Aufenthaltszwecks, ist eine HIV-Infektion für sich genommen kein Grund für die Nichtverlängerung der Aufenthaltserlaubnis. Anders liegt es bei eindeutiger Verbreitungsgefahr.

Flüchtlinge, die einen Asylantrag gestellt haben oder deren politische Verfolgung anerkannt ist, können gemäß § 11 Abs. 2, 3 AuslG aus schwerwiegenden Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung ausgewiesen werden. Solche Gründe liegen bei einem HIV-infizierten Flüchtling jedenfalls dann vor, wenn von ihm aufgrund seiner Lebensführung eine erhöhte Ansteckungsgefahr ausgeht. Es ist allerdings zu berücksichtigen, daß auch in diesen Fällen die Abschiebung in den Heimatstaat den besonderen Schranken des § 14 Abs. 1 AuslG unterliegt. Ein Flüchtling, der in Kenntnis seiner HIV-Infektion der Prostitution nachgeht und dabei die Krankheit auf andere überträgt, ist jedoch als eine Gefahr für die Allgemeinheit im Sinne dieser Vorschrift anzusehen. In diesem Fall wäre eine Abschiebung in den Heimatstaat möglich.

Völlig ausgeschlossen sind aufenthaltsbeendigende Maßnahmen allein wegen einer HIV-Infektion gegenüber freizügigkeitsberechtigten EG-Staatsangehörigen und ihren Familienmitgliedern. Wie bereits oben ausgeführt, steht einer Verschärfung der deutschen Bestimmungen die stand-still-Klausel des Artikel 4 Abs. 3 EWG-Richtl. 64/221 entgegen. Wird allerdings ein freizügigkeitsberechtigter EG-Ausländer strafrechtlich verurteilt, weil er jemanden mit HIV infiziert hat, und ist die Wiederholung des strafbaren Verhaltens hinreichend wahrscheinlich, kann er im Rahmen der Verhältnismäßigkeit nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 AuslG in Verbindung mit §§ 15, 12 Abs. 1, 3, 4 Aufenthaltsgesetz/EWG ausgewiesen werden.

II. Auswertungen

Die Kommission hat sich von dem Grundgedanken leiten lassen, daß Maßnahmen, die in Freizügigkeit und körperliche Unversehrtheit eingreifen, nicht nur rechtlich möglich, sondern auch im Hinblick auf den angestrebten Zweck generell und im Einzelfall effektiv sein müssen. Das derzeit geltende Ausländerrecht ist durch eine Vielzahl unbestimmter Rechtsbegriffe und Ermessensspielräume gekennzeichnet. Das führt in der Verwaltungspraxis zu Unsicherheiten in der Rechtsanwendung und zu unterschiedlichen Entscheidungen. Die ausländerrechtliche Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken macht dabei keine Ausnahme. Die Kommissions würde es begrüßen, wenn bei der anstehenden Novellierung des Ausländerrechts den Grundfreiheiten wenigstens der länger bei uns lebenden Ausländer in der Weise Rechnung getragen werden könnte, daß schon Kraft Gesetzes eine HIV-Infektion oder die Erkrankung an AIDS nur beim Vorliegen besonderer Gründe zu aufenthaltsbeendigenden Maßnahmen führte.

Ein Teil der Kommission ist darüber hinaus der Auffassung, daß die HIV-Infektion alleine auch kein Hinderungsgrund für die Einreise und den Aufenthalt sein darf.

6.10.7.1

Die Ausländerbehörden haben nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, welchen Maßnahmen zur Wahrung der „Belange der Bundesrepublik Deutschland" (§ 2 Abs. 1 Satz 2 AuslG) allgemein und im Einzelfall angemessen bzw. bei ausländerrechtlich geschütztem Status der Betroffenen geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sind. Dabei ist auch die Situation zu berücksichtigen, die den Ausländer in seinem Heimatstaat erwartet.

6.10.7.2

Die Entwicklung des grenzüberschreitenden Verkehrs, aber in vielen Teilen auch rechtliche Gründe stehen allgemeinen Einreisekontrollen entgegen. Dies schließt indessen Einreisekontrollen bei einzelnen Personen, sofern hierzu ein besonderer, also auch ein seuchenhygienischer Anlaß besteht, nicht aus.

Ein Teil der Kommission legt dabei Wert auf folgende Verdeutlichung:

— Einreise und Aufenthalt von HIV-infizierten Ausländern haben derzeit jedoch keinen größeren Einfluß auf die epidemiologische und seuchenhygienische Gesamtsituation in der Bundesrepublik Deutschland. Das Ausländerrecht kann ohnehin nur im Einzelfall die Weitergabe der Infektion verhindern.

— Überdies ist eine seuchenpolizeiliche Überwachung der Reisetätigkeit infolge der Entwicklung des grenzüberschreitenden Verkehrs praktisch ausgeschlossen. Im übrigen sind rund ⅔ aller in das Bundesgebiet Einreisenden Deutsche. Sie haben nach gegenwärtiger Gesetzeslage ein unbegrenztes Recht auf Einreise unabhängig von Gesundheitszustand und Bindungen im Bundesgebiet. Vor allem dürfen seuchenpolitische Erwägungen oder die Grenzen der Leistungsfähigkeit medizinischer oder finanzieller Ressourcen in der Bundesrepublik Deutschland nach gegenwärtiger Rechtslage der Einreise und dem Aufenthalt von Deutschen mit einer HIV-Infektion oder einer AIDS-Erkrankung nicht entgegengesetzt werden, selbst wenn sie ausschließlich zu dem Zweck einreisen, sich hier medizinisch versorgen zu lassen und keine sonstigen Kontakte oder Bindungen im Bundesgebiet haben.

— Die seuchenpolizeiliche Effektivität von Einreisekontrollen wird darüber hinaus dadurch erschwert, daß weit mehr als die Hälfte der einreisenden Ausländer aus rechtlichen Gründen nicht zurückgewiesen werden können, weil sie freizügigkeitsberechtigte Staatsangehörige der EG-Staaten oder Flüchtlinge sind, die sich auf eine politische Verfolgung im Heimatstaat berufen können.

— Bei der Einreise sonstiger Ausländer handelt es sich in der Mehrzahl um visafreie Einreisen von Geschäftsleuten und Touristen aus den Ländern, die in der sogenannten Positivliste aufgeführt sind. Sie können allenfalls bei der Einreise kontrolliert werden. Diese Kontrolle muß sich aber schon aus praktischen Gründen auf mitgeführte Dokumente und offenkundige Anzeichen für eine HIV-Infektion beschränken. Selbst solche oberflächlichen Kontrollen sind in der Hauptreisezeit kaum durchführbar.

— Es bleibt also zwangsläufig die weit überwiegende Mehrheit aller Einreisen in das Bundesgebiet unkontrolliert. Angesichts dessen sind einzelne Fälle der Zurückweisung an der Grenze oder der Verweigerung eines Visums seuchenpolitisch ohne Bedeutung. Ob jemand an der Grenze zurückgewiesen wird oder kein Visum erhält, erscheint im Vergleich zur hohen Zahl der Grenzübertritte eher zufällig.

6.10.7.3

Weil nur einzelfallbezogene ausländerrechtliche Maßnahmen in Betracht kommen, liegt das Schwergewicht der Prävention in entsprechender Information und Aufklärung der Ausländer. Information und Aufklärungsaktionen müssen auf die Besonderheiten zumal der bereits in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Ausländergruppen ausgerichtet sein; auf das 5. Kapitel: **Zielgruppenspezifische Prävention;** Unterabschnitt 3: **Prävention bei Menschen aus dem islamischen Kulturkreis** wird verwiesen.

Infizierten Ausländern, bei denen der Aufenthaltsgrund auch im Interesse der Bundesrepublik Deutschland liegt (u. a. Ausbildung, Stipendiaten), sollte der Aufenthalt ermöglicht werden.

Ein Teil der Kommission legt dabei Wert auf folgende Verdeutlichung:

— Es ist freien Ländern wie der Bundesrepublik Deutschland nicht möglich, sich wirksam gegen AIDS abzuschotten. Sie kann den freien Personenverkehr aus rechtlichen, politischen, geographischen, moralischen und tatsächlichen Gründen nicht so einschränken, wie das manchen aus seuchenpolitischen Gründen wünschenswert erscheinen mag. Von einzelnen restriktiven Maßnahmen ist aber kein effektiver Beitrag für die AIDS-Vorbeugung zu erwarten. Es besteht außerdem die Gefahr, daß solche Maßnahmen entsprechende Gegenmaßnahmen der betroffenen Länder provozieren. Das würde im Ergebnis nur den freien Reiseverkehr erheblich beeinträchtigen, ohne daß damit die grenzüberschreitende Verbreitung von AIDS wirksam gestoppt werden könnte.

— Angesichts der großen Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer und des enormen grenzüberschreitenden Reiseverkehrs ei-

nerseits sowie der geringen Kontroll- und Überwachungsmöglichkeiten andererseits, muß auch in diesem Bereich der Aufklärung und Gesundheitserziehung der Vorrang eingeräumt werden. Von Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen können sich darüber hinaus negative Rückwirkungen auf Aufklärungsbemühungen ergeben. Zu denken ist etwa an mögliche Fehlvorstellungen der Öffentlichkeit über die zwangsläufig geringe Schutzwirkung etwaiger ausländerpolizeilicher Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen. Auch liegt es nahe, daß die hier lebenden Ausländer von einer Beratung abgeschreckt werden, wenn sie bei einem positiven Testergebnis mit ihrer Ausweisung rechnen müssen. Hierzu wird auf das 5. Kapitel: **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 3: **Prävention bei Menschen aus dem islamischen Kulturkreis** verwiesen.

— Auch die Weltgesundheitsorganisation, der Rat der Europäischen Gemeinschaften und die im Rat vereinigten Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten sind der Auffassung, daß der Vorbeugung durch Aufklärung und Gesundheitserziehung der Vorrang eingeräumt werden muß und daß die Einschränkung des freien Personenverkehrs keine taugliche Schutzmaßnahme ist. *) **)

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 372
**) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 372f.

7. Kapitel: Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS

Vorbemerkung

Im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS haben das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) sowie das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) eine erhebliche Zahl von Aufklärungsmaßnahmen, Projekten, Forschungsvorhaben und Kooperationen eingeleitet. Diese werden in der nachfolgenden Bestandsaufnahme im einzelnen dargestellt.

Eine Darstellung der Forschungsförderung und Forschungskooperation durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie findet sich im 8. Kapitel **AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland.**

Die vielfältigen Initiativen und Aktivitäten der Länder in Prävention, Beratung, Betreuung, Versorgung und Forschung bleiben in diesem Bericht unberücksichtigt, obgleich sie ohne Zweifel für die Entwicklung und Umsetzung der AIDS-Politik und der AIDS-Forschung unverzichtbar waren und sind. Die Beschränkung der Darstellung auf von der Bundesregierung ausgehende Aktivitäten findet ihren Grund allein in der Tatsache, daß die Enquete-Kommission ihrem Auftrag nach den Bundestag zu beraten hat.

Die Kommission begrüßt die Zielvorstellung des Sofortprogramms sowie die wesentlichen Vorgaben für deren Durchführung. Sie hält das Programm für ein dem Stand des Wissens und der Verfügbarkeit von Ressourcen entsprechendes Konzept moderner Gesundheitspolitik gegenüber einer neu aufgetretenen, vorwiegend sexuell und bei Drogenbenutzung übertragbaren Infektionskrankheit. Mit Befriedigung sieht die Kommission in vielen der im folgenden dargestellten Aktivitäten der Bundesministerien ein Aufgreifen bzw. eine Umsetzung von Vorschlägen, die die Kommission in ihrer Arbeit entwickelt und in ihrem *Zwischenbericht* unterbreitet hat.

Sie sah sich angesichts der zu bewältigenden Aufgaben und wegen ihres Zeitplans nicht in der Lage, alle Maßnahmen einer eingehenden Würdigung hinsichtlich der Durchführung und der Ergebnisse zu unterziehen. Dem stand außerdem entgegen, daß die Mehrzahl der Maßnahmen und Projekte derzeit noch nicht abgeschlossen ist und nur für einen Teil Zwischenergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchungen vorliegen. Die Kommission hält ihren Verzicht auf detailierte Bewertung der einzelnen Vorgaben auch deshalb für gerechtfertigt, weil sie jeweils bei den einschlägigen Kapiteln zum Forschungsbedarf und zu den laufenden Forschungsmaßnahmen Stellung genommen hat. Die laufenden Maßnahmen und Projekte bewegen sich im wesentlichen im Rahmen dessen, was die Kommission in den einschlägigen Kapiteln befürwortet. *)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 373

Unterabschnitt 1: Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben, Projekte und Kooperationen des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Einleitung

Die Bundesregierung hat entsprechend der Koalitionsvereinbarung ein Konzept der AIDS-Bekämpfung entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Bemühungen um

- den Schutz der Bevölkerung vor einer HIV-Infektion,
- die optimale Beratung und Betreuung von Infizierten und Kranken sowie
- die Verhinderung von Ausgrenzung und Diskriminierung Betroffener stehen.

Bei der Umsetzung dieser Ziele folgt die Bundesregierung dem Grundsatz, daß Aufklärung und Beratung Vorrang haben vor seuchenrechtlichen Maßnahmen. Seuchenrechtliche Eingriffsmaßnahmen nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) und anderen Gesetzen zum Schutz der Bevölkerung sollen nur dann durchgeführt werden, wenn sich einzelne unbelehrbar und rücksichtslos über die Gesundheitsinteressen anderer hinwegsetzen.

Angesichts der Zuständigkeit der Länder für die Bereiche Gesundheitsvorsorge und -versorgung kann der Bund wesentliche Impulse und Beiträge nur durch Modellförderung leisten. Dem BMJFFG steht seit 1987 jährlich ein Finanzvolumen von rd. 120 Mio. DM für die AIDS-Verhütung und -Bekämpfung zur Verfügung, um im Rahmen des *Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS* die Vielzahl der erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Im einzelnen wurden ab 1988 pro Jahr folgende Beträge zur Verfügung gestellt:

1988	123 375 000,— DM
1989	119 800 000,— DM
1990	102 300 000,— DM
1991 (geplant)	114 300 000,— DM.

I. Bestandsaufnahme

7.1.1 Maßnahmen zur AIDS-Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und spezieller Zielgruppen

7.1.1.1 Präventionsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

7.1.1.1.1 Ausgangssituation

Die weitere Ausbreitung von AIDS kann auf absehbare Zeit nur durch Verhütung der HIV-Infektion, d. h. durch Primärprävention eingedämmt werden. Dabei nimmt die Aufklärung neben Beratung und sozialmedizinischen Hilfen die zentrale Rolle ein.

Ende 1985 leitete die BZgA erste Maßnahmen in Form von Information der Allgemeinbevölkerung über Massenmedien und Förderung der Deutschen AIDS-Hilfe bei der Aufklärung der Hauptbetroffenengruppen ein. Umfangreiche Finanzmittel (30 bis 50 Mio. DM pro Jahr) wurden der BZgA seit 1987 zur Verfügung gestellt, um eine bundesweite Kampagne zu realisieren. Lagen 1987 die Schwerpunkte noch auf massenkommunikativen Maßnahmen (Anzeigen, Plakate, Broschüren), fand in den folgenden Jahren eine Schwerpunktverlagerung statt. Es wurden die spezifischen Möglichkeiten von AV(audio-visuellen)-Medien (Fernseh- und Kinospots, Spielfilme) sowie direkte persönliche Ansprache und Multiplikatorenarbeit verstärkt genutzt.

7.1.1.1.1.1 Ziele der Kampagne

Die wichtigsten Ziele der Kampagne sind:

- Hoher Informationsstand der Bevölkerung über Ansteckungswege und -mechanismen sowie über Möglichkeiten des Schutzes vor der HIV-Infektion;

- Förderung eines verantwortungsbewußten Verhaltens zum eigenen Schutz und Schutz anderer vor Ansteckung, um die weitere Ausbreitung der Infektion in der Bevölkerung soweit wie möglich einzudämmen;
- Abbau irrationaler und übertriebener Ängste durch Information über die Ungefährlichkeit sozialer Kontakte;
- Förderung des solidarischen Verhaltens gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken;
- Förderung eines gesamtgesellschaftlichen Klimas, das eine Auseinandersetzung mit der Bedrohung durch AIDS ohne Ausgrenzung und Diskriminierung zuläßt.

Um diese Ziele zu erreichen, arbeitet die BZgA in der AIDS-Aufklärung mit den Bundesländern eng zusammen.

7.1.1.1.1.2 Zielgruppen

Die AIDS-Aufklärungskampagne der BZgA wendet sich sowohl an die Allgemeinbevölkerung als auch an besondere Zielgruppen: So werden etwa Angebote für bestimmte Berufsgruppen entwickelt, die entweder aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko ausgesetzt sind bzw. dies für sich befürchten oder als Multiplikatoren in der AIDS-Aufklärung tätig sind.

7.1.1.1.1.3 Evaluation

Zur Überprüfung, Steuerung und Weiterentwicklung der Konzeption hat die BZgA kampagnenbegleitend wissenschaftliche Untersuchungen durchführen lassen. In diesen wissenschaftlichen Untersuchungen wurden Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen untersucht, um festzustellen, inwieweit die Ziele der Kampagne erreicht worden sind. Sie werden die Maßnahmen auch weiterhin begleiten.

7.1.1.1.2 Massenkommunikative Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung

Ein hoher Informationsstand der gesamten Bevölkerung ist Voraussetzung für den langfristigen Erfolg einer AIDS-Präventionsstrategie. Aufgabe der Massenkommunikation ist es, immer wieder die Aufmerksamkeit auf das Thema zu lenken, um wichtige Informationen zu vermitteln und eine sachliche Diskussion über AIDS anzuregen. Über geeignete Nutzung der Massenmedien kann ein gesellschaftliches Klima geschaffen werden, in dem die offene und sachliche Auseinandersetzung über Risikosituationen und Schutzmöglichkeiten geführt und Ausgrenzung und Diskriminierung von Betroffenen vermieden werden.

Seit 1986 erscheinen Anzeigen für die Allgemeinbevölkerung in Tageszeitungen, Zeitschriften sowie in ausgewählter Zielgruppenpresse. Die zentralen Themen der AIDS-Prävention wurden dabei mit wechselnden Schwerpunkten wiederkehrend aufgegriffen.

Die Schaltung einer Anzeige bundesweit in Tageszeitungen, wie z. B. die „Silvesteranzeige AIDS", bei einem Anzeigenformat von 240 mm Höhe und 320 mm Breite, kostete ca. 1,5 Mio. DM. Darin enthalten sind die Produktions- und Agenturkosten sowie die Mehrwertsteuer.

Seit Mitte 1987 hat die BZgA insgesamt 21 Fernsehspots produziert, die von ARD und ZDF regelmäßig im Abendprogramm kostenlos gesendet werden. 1987 stand zunächst die Informationsvermittlung im Vordergrund. Im weiteren Verlaufe ist größerer Wert auf eine stärker emotionale Ansprache, auf Identifikationsmöglichkeiten mit den vorgestellten Personen und Situationen gelegt worden. Selbstbestimmtes und verantwortungsbewußtes Sexualverhalten, Kommunikation in der Partnerschaft waren die zentralen Themen der 1989er Produktionen.

Die Produktionskosten eines Fernsehspots liegen jeweils zwischen 100 000,— und 200 000,— DM.

Die Informationsvermittlung durch Anzeigen und AV-Medien wurde durch die Entwicklung einer Broschürenserie für unterschiedliche Zielgruppen in der Allgemeinbevölkerung und wichtige Multiplikatoren ergänzt. Nach mehrfacher Überarbeitung und Ergänzung liegen heute 8 Broschüren, die als Reihe zu verstehen sind, vor:

- Was jeder über den *HIV-Antikörpertest* wissen sollte.
- Für alle, bei denen im HIV-Test *Antikörper festgestellt* wurden.
- AIDS und HIV-Infektion
Informationen für Mitarbeiter/innen im *Gesundheitsbereich.*
- Was *jeder* über AIDS wissen sollte.
- AIDS-Informationen für die *Drogenarbeit.*
- AIDS-Information für Hygiene- und Kosmetikberufe.
- Was *Ersthelfer* über AIDS wissen sollten.
- AIDS — Was Arbeitnehmer und Arbeitgeber wissen sollten
(in deutsch sowie in griechisch, italienisch, portugisisch serbokroatisch, spanisch und türkisch).

Als Beispiel für die Kosten einer einfachen, weitgehend auf Farbdrucke, Bilder etc. verzichtende Broschüre wird auf die AIDS-Information 4 „Was jeder über AIDS wissen sollte" verwiesen. Die Kosten dieser Broschüre beliefen sich bei einer Auflage von 5 Mio. auf ca. 600 000,— DM.

Es wurden verschiedene Aktionen mit Broschüren, Anzeigen und Plakaten unter Einbeziehung der jeweiligen Kooperationspartner, z. B. Arbeitgeber, Arbeitnehmerverbände, Krankenkassen oder Apotheken, durchgeführt. Andere Aktionen, wie Plakataktionen zu Urlaubsbeginn oder Silvester, Postaktionen zu Karneval nutzten besondere Anlässe um Aufklärung situationsbezogen und lebensnah durchzuführen.

Maßnahmen für fremdsprachige Mitbürger wurden bisher in geringem Umfang realisiert. Siehe hierzu auch 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 3 **Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis.**

7.1.1.1.3 Maßnahmen der direkten persönlichen Ansprache

Die BZgA ergänzt seit 1987 die massenkommunikativen Maßnahmen durch ihre bundesweite Telefonberatung.

Hierfür sind fünf Leitungen geschaltet. Sie sind täglich von 10.00—22.00 Uhr besetzt. Insgesamt sind 11 Mitarbeiter tätig, die am Wochende von zwei Honorarkräften unterstützt werden.

Im Januar 1990 wurden beispielsweise 3 300 telefonische Beratungen durchgeführt, 1 500 weitere Anrufer legten sofort nach der Herstellung der Verbindung wieder auf.

Die Kosten für die bundesweite Telefonberatung belaufen sich auf ca. 500 000,— DM pro Jahr.

Diese erste Maßnahme der BZgA zur persönlichen Ansprache zum Thema AIDS versteht sich wie auch die 1988 begonnene Gesprächsinitiative (personalkommunikative Kampagne) als Bindeglied zwischen massenkommunikativer Prävention und Beratung sowie Krisenintervention im Einzelfall. Beide Maßnahmen haben eine vorläufige Laufzeit bis zum Ende des Sofortprogramms (Ende 1991).

Die Gesprächsinitiative stellt den Dialog mit dem Bürger in den Mittelpunkt. Sie ist nur in Kooperation mit Multiplikatoren und Einrichtungen vor Ort möglich.

Die Kosten der Gesprächsinitiative betragen ca. 15 Mio. DM pro Jahr.

Im Rahmen von AIDS-Aufklärungswochen in Städten und Kreisen werden der Allgemeinbevölkerung bzw. bestimmten Zielgruppen — wie z. B. Jugendlichen, Frauen, Arbeitnehmern — Gesprächsveranstaltungen angeboten. Als Brücke zum Thema AIDS — das hier sehr breit behandelt werden kann — werden im Rahmen dieser Gesprächsinitiative bewußt Unterhaltungselemente wie Spiele, Sketche, künstlerische und sportliche Darbietungen und „Mitmachangebote" eingesetzt.

7.1.1.1.4 Maßnahmen für Jugendliche und junge Erwachsene

Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe der Primärprävention, dies jedoch nicht aufgrund eines momentan gegebenen hohen Infektionsrisikos.

Jugendliche und junge Erwachsene sind zum einen erreichbar über Institutionen wie Schule, für die von der BZgA seit 1987 kontinuierlich alters- und schulzweigspezifische Informationsmedien entwickelt werden (9. und 10. Schuljahr, Berufsschule; gymnasiale Oberstufe in Vorbereitung). Zum anderen werden zunehmend Ansätze gesucht, die im Freizeitbereich von Jugendlichen risikosituationsnäher und zielgruppenspezifischer aufklären sollen.

7.1.1.1.5 Hauptbetroffenengruppen

Einer staatlichen Behörde wie der BZgA sind Grenzen gesetzt, wenn es um die Arbeit in Tabubereichen wie z. B. Drogenabhängigkeit und Sexualverhalten geht. Es entstehen Akzeptanz- und Glaubwürdigkeitsprobleme.

Die Aufklärungsstrategien zum Thema AIDS wurden deshalb von Anfang an als arbeitsteiliges Konzept angelegt. So wendete sich die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) in ihren Präventionsbemühungen insbesondere an die Zielgruppen der Homosexuellen, Prostituierten und i.v.-Drogenabhängigen.

Seit 1985 erfolgte mit zunehmendem Organisationsgrad der DAH eine kontinuierliche Mittelaufstokkung. In ihr sind heute ca. 85 AIDS-Hilfen zusammengeschlossen mit über 5 000 vorwiegend ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Spezifische Konzepte für Bisexuelle wurden bislang weder von der BZgA noch von der DAH entwickelt, da adäquate Aufklärungsmaßnahmen für Bisexuelle auf ganz besondere Schwierigkeiten stoßen.

7.1.1.1.6 Überprüfung der Aufklärungsmaßnahmen

Das Evaluationskonzept umfaßt unterschiedliche Vorhaben. Überprüft werden:

- Vermittlung von präventionsrelevantem Wissen, Abbau von Informationsunsicherheiten und Fehlinformationen sowie damit zusammenhängenden Ängsten;
- Veränderungen von Einstellungen und Problemwahrnehmungen, die zu einer Bagatellisierung eigener Risiken führen und anderen die Schuld zuweisen;
- Motivation zu einem risikoarmen Sexualverhalten und solidarischem Umgang mit HIV-Positiven und AIDS-Kranken.

Hinzu kommen Fragen nach der medialen und inhaltlichen Erreichbarkeit von Zielgruppen, der Notwendigkeit von Zielgruppendifferenzierungen, der Gestaltung von Botschaften sowie die Ermittlung von Aufklärungsbedarf.

7.1.1.2

Die Beschreibung und Wertung des Projektes **AIDS-Prävention für geistig Behinderte** befindet sich im 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 4 **Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung und chronisch psychisch Kranken.**

7.1.1.3

Das Projekt **AIDS-Prävention bei Mitbürgern aus der Türkei,** das vom Land Berlin initiiert wurde, wendet sich an die türkischsprachige Bevölkerung (allein in Berlin über 100 000). Eine ausführliche Beschreibung und Wertung diese Projekts findet sich im 5. Kapitel

Zielgruppenspezifische Prävention, Unterabschnitt 3 **Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis.**

7.1.1.4

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit für 1990 soll im Bereich der **AIDS-Aufklärung in der Arbeitswelt** liegen. Zum Aufklärungsschwerpunkt „Arbeitswelt" des BMJFFG wird auf das 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 1 **Prävention in privaten und öffentlichen Unternehmen** verwiesen.

7.1.1.5

Das Projekt **AIDS und Justizvollzugsanstalten,** durchgeführt in den Bundesländern Bremen und Niedersachsen, soll den Besonderheiten der HIV-Problematik in Justizvollzugsanstalten Rechnung tragen, indem ein Konzept zielgruppengerechter Aufklärung, Beratung und Betreuung insbesondere für Homo- und Bisexuelle, Drogenabhängige und Tätowierer, nach Alter und Geschlecht differenziert entwickelt und evaluiert wird. Weiterhin werden spezielle Hilfsangebote z. B. für HIV-positive Gefangene unter anderem auch für die Zeit nach der Entlassung entwickelt und ein Konzept der Zusammenarbeit zwischen der Justizvollzugsanstalt, dem Gesundheitsamt, gegebenenfalls dem Krankenhaus, den Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen sowie den Mitarbeitern anderer Modellprojekte des BMJFFG erarbeitet. Darüber hinaus wird auf die Anliegen des Personals in Justizvollzugsanstalten eingegangen und den unterschiedlichen Vollzugstypen Rechnung getragen. Es wird angestrebt, die erzielten Ergebnisse auch für Justizvollzugsanstalten anderer Bundesländer zu nutzen.

Von der Begleitforschung sind folgende Ergebnisse mitgeteilt worden:

— Die AIDS-Beratung in der Justizvollzugsanstalt wird im wesentlichen dann angenommen, wenn eine Integration der Sozialarbeit in den ärztlichen Dienst vorgenommen wird. Durch diese Einbeziehung werden die Berater von der Mitteilungspflicht gegenüber der Anstaltsleitung entbunden.

— Die AIDS-Beratung wird nur dann angenommen, wenn sie in persönliche Lebensberatung eingebettet ist.

— Je dichter die Kontakte zwischen Bediensteten und Insassen der Justizvollzugsanstalten sind, um so toleranter ist der Umgang auch mit HIV-infizierten Gefangenen. Umgekehrt sind Distanz, Ängste und Ausgrenzung um so stärker, je geringer die alltäglichen Kontakte zwischen betroffenen Gefangenen und Bediensteten sind.

Für das Projekt werden von 1989 bis 1991 pro Jahr zwischen 215 000,— DM (Bremen) und 280 000,— DM (Niedersachsen) zur Verfügung gestellt. Die Gesamtkosten belaufen sich auf rd. 1,5 Mio. DM.

Siehe hierzu auch 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 5 **Prävention in Justizvollzugsanstalten und Strafvollzugsrecht.**

7.1.1.6

Mit dem Projekt **AIDS und Bundeswehr** ist beabsichtigt, eine zielgruppengerechte AIDS-Beratung und -Betreuung unter den speziellen Rahmenbedingungen, die in der Bundeswehr bestehen, zu erarbeiten. Siehe auch 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 2 **Prävention bei der Bundeswehr und im Zivildienst.**

Im einzelnen sollen folgende Ziele erreicht werden:

— Präventive Ansprache von Bundeswehrangehörigen, wobei die Besonderheiten von Altersgruppen und Bildungsvoraussetzungen, Standortbedingungen, Zugehörigkeit zu den Teilstreitkräften, Einsatzprofilen (z. B. Schiffsbesatzungen bei der Marine), verschiedene Anstellungsformen (Wehrpflichtiger, Zeitsoldat, Berufssoldat) und der abgrenzbaren Gruppierungen mit Risikoverhalten zu berücksichtigen sind.

— Suche nach Möglichkeiten der Integration Infizierter und Kranker in die Truppe.

— Erforschung der Lebensbedingungen und Belastungserfahrungen der AIDS-Betroffenen in dienstlichem und privatem Zusammenleben in der Bundeswehr.

— Auswertung der Testbereitschaft und Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Testakzeptanz.

Zur Erreichung dieser Ziele arbeitet an den Bundeswehrkrankenhäusern in den drei Schwerpunktregionen (Hamburg, Koblenz und München) jeweils ein berufserfahrener klinischer Psychologe.

Das Projekt ist vom Bundesminister für Verteidigung konzipiert worden, bei dem auch die Projektleitung liegt. Die Laufzeit des Projekts ist vom 1. Juli 1989 bis 31. Oktober 1991 veranschlagt. Die Gesamtkosten belaufen sich auf 755 000,— DM. Das Projekt wird vom BMJFFG finanziert.

7.1.2 Beratung und Betreuung Betroffener

Die optimale Beratung und Betreuung Betroffener stellt neben dem Schutz der nicht infizierten Bevölkerung das wichtigste Ziel der AIDS-Bekämpfung dar. Die Erarbeitung, Erprobung und Verbesserung verschiedener Beratungs- und Betreuungsformen ist daher Gegenstand zahlreicher Modellprogramme und -projekte des Bundes.

7.1.2.1

Im Rahmen des **Großmodells Gesundheitsämter,** das im Juni 1987 angelaufen ist und eine Laufzeit von vier Jahren hat, wurde allen 309 Gesundheitsämtern die Einstellung je einer AIDS-Fachkraft (Arzt, Psychologe

oder Sozialarbeiter) ermöglicht. Die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes haben insbesondere folgende Tätigkeiten wahrzunehmen:

— Beratung in Sprechstunden,

— aufsuchende präventive Arbeit,

— Mitarbeit am Schulunterricht oder an Unterrichtsprojekten,

— Institutionenberatung und

— Multiplikatorenfortbildung.

Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung sieht wie folgt aus: Zunächst wurde eine einmalige *Bestandsaufnahme* erstellt, die die Ausgangslage in den Gesundheitsämtern nach dem Modellstart und vor dem Beginn der Berichterstattung beschreibt. Ziel war im wesentlichen eine Beschreibung der Programmumgebung und Programmstruktur. Der *Situationsbericht* schreibt die Bestandsaufnahme in sechsmonatigem Abstand fort. Im Rahmen des Berichtssystems *Tätigkeiten* erfolgt eine Dokumentation des Arbeitsfeldes der AIDS-Fachkräfte. Ergebnisse der Bestandsaufnahme, der Situationsberichte und des Berichtssystems Tätigkeiten wurden im Februar 1990 vorgelegt. Durch die *Inanspruchnahmedokumentation* soll dargelegt werden, welche Bevölkerungsgruppen mit welchen Erwartungen das Beratungsangebot der Gesundheitsämter annehmen. Die Dokumentation soll 1990 beginnen.

Aus der *Zwischenauswertung* werden folgende Ergebnisse berichtet: Im Juli 1989 waren an 93 % der vorgesehenen Modellstandorte Stellen für AIDS-Fachkräfte eingerichtet. Die AIDS-Fachkräfte sind überwiegend Ärzte. Die meisten Gesundheitsämter erhielten durch das Modellprogramm erstmalig eine vorrangig für AIDS-bezogene Aufgaben eingerichtete Personalstelle. In 78 Gesundheitsämtern werden diese Aufgaben auch von weiteren Mitarbeitern der Gesundheitsämter wahrgenommen. Zusätzliches Personal für die AIDS-Prävention im öffentlichen Gesundheitsdienst ist hauptsächlich in den Kernstädten und den Verdichtungsräumen vorhanden.

Die in den Modellvorgaben definierten Tätigkeiten werden den AIDS-Fachkräften in den Gesundheitsämtern bis auf wenige Ausnahmen übertragen. Schwerpunkt der seit Anfang Februar 1989 erfaßten Tätigkeiten der AIDS-Fachkräfte bildet der Bereich „Beratung in Sprechstunden". Dort wurden bezogen auf sechs Monate etwa 99 000 Beratungskontakte gezählt. 60 % dieser Kontakte finden als persönliche Beratungsgespräche statt. 40 % der Beratungsgespräche wurden fernmündlich durchgeführt.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde das Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel beauftragt. Für das gesamte Projekt stehen jährlich rd. 22 Mio. DM zur Verfügung. Die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung betragen pro Jahr etwa 450 000,— DM.

7.1.2.2

Das Modellprogramm **Psychosoziale Beratungsmaßnahmen in den Ländern im Zusammenhang mit AIDS** soll die psychischen und sozialen Probleme derjenigen bewältigen helfen, die Beratungsbedarf haben.

Weit über den Infektions- bzw. Krankheitsbezug hinaus wird eine spezielle Konfliktberatung angeboten, die sich je nach der persönlichen Situation der Betroffenen mit Fragen der Testdurchführung, des Testergebnisses, der Lebensführung, der Bewältigung von Krisen und des Umgangs mit Institutionen beschäftigt. Im Rahmen des Programms sollen darüber hinaus die Inhalte und Bedingungen wirksamer AIDS-Beratung erforscht sowie ein Konzept effektiver AIDS-Beratung entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Die 28 Modellmitarbeiter arbeiten an Gesundheitsämtern, bei AIDS-Hilfen und anderen Beratungseinrichtungen freier Träger.

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch die Medizinische Hochschule Hannover, Fachbereich Sexualmedizin, Zentrum öffentliche Gesundheitspflege. Das Modellprogramm läuft seit August 1986, zunächst mit 14 Personalstellen, seit Herbst 1987 mit insgesamt 28, bis Dezember 1991.

Aus den ersten Ergebnissen des Modellprogramms wird folgendes berichtet:

— Die Modellmitarbeiter, die bei den *Gesundsämtern* eingebunden sind, beraten schwerpunktmäßig Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Hier stehen Aufklärung in bezug auf medizinische Aspekte, präventives Verhalten und die HIV-Antikörpertestdurchführung im Mittelpunkt der Beratung.

— Die Modellmitarbeiter, die bei den *AIDS-Hilfen* und anderen *freien Trägern* tätig sind, beraten vornehmlich Nichtinfizierte aus den Hauptbetroffenengruppen, HIV-Infizierte sowie deren Angehörige und dies in der Regel längerfristig und häufig psychotherapeutisch orientiert.

— Die *Beratungsinhalte* beziehen sich auf eine Vielzahl von Aspekten: Neben der Klärung medizinischer Fragen gilt es, Hilfestellungen bei sozialen, rechtlichen, materiellen sowie psychosozialen Problemen zu gewähren.

— Bei den *psychosozialen Problemen* werden Partnerschaftskonflikte ebenso aufgegriffen wie sexuelle Schwierigkeiten, psychische Beeinträchtigungen durch Ängste, Depressionen, Suizidgedanken sowie Suchtprobleme.

— Zur optimalen Unterstützung der Klienten, erfolgt der Aufbau *psychosozialer Netzwerke,* die strukturell so gestaltet werden, daß sie auf Dauer eine wirksame Zusammenarbeit gewährleisten.

Seit 1988 wird das Programm jährlich in Höhe von 2,3 Mio. DM gefördert. Zusätzlich erhält die wissenschaftliche Begleitung ca. 400 000,— DM jährlich.

7.1.2.3

Im Rahmen des Modellprogramms **Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen** sind zahlreiche Einrichtungen mit zusätzlich bis zu sechs Fachkräften ausgestattet worden. Bisher wurden 209 Stellen bei 82 unterschiedlichen Trägern bzw. Sozialstationen bewilligt. Siehe auch 3. Kapitel **Betreuung und Versorgung der Erkrankten.**

Ziel des Modellprogramms (Laufzeit von Ende September 1987 bis Dezember 1991) ist die Erprobung ambulanter Versorgungsangebote, die den von AIDS Betroffenen einen Verbleib in ihrem privaten Umfeld ermöglichen und damit Krankenhausaufenthalte auf das medizinisch notwendige Maß beschränken sollen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms wurde das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik in Köln sowie das Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung in Hannover beauftragt.

Von der wissenschaftlichen Begleitung werden folgende Ergebnisse berichtet:

Seit Beginn der Modellförderung wurden insgesamt 1 454 Klienten betreut, wobei der Schwerpunkt der Nachfrage in Ballungsräumen wie Berlin, München, Köln, Frankfurt, Düsseldorf, Bremen und Hamburg liegt, während die Nachfrage im mittelstädtischen/ländlichen Bereich deutlich geringer ist. Psychosoziale Beratung und Betreuung bilden nach wie vor das Hauptgewicht der Nachfrage. Wiederholte Krankenpflege wurde in 30 % der Fälle geleistet.

Die finanziellen Zuwendungen betragen ca. 11 Mio. DM pro Jahr. Die wissenschaftliche Begleitung erhält jährlich rd. 1,05 Mio. DM.

7.1.2.4

Im **ärztlichen Modell für HIV-Infizierte in den Regionen Frankfurt und Köln/Bonn/Aachen** wird ein Betreuungsmodell vorwiegend für symptomlos HIV-Infizierte verwirklicht. Zielsetzung ist die Beobachtung des Spontanverlaufes der HIV-Infektion sowie die Verlängerung der ohnehin langen Inkubationszeit bis zum Vollbild der Erkrankung durch Schonung bzw. Stärkung der Abwehrlage des Infizierten.

Die Betreuung sieht zum einen das Hinwirken des Arztes auf eine gesundheitsgerechte Lebensführung zur Stärkung der körpereigenen Abwehr vor, zum anderen werden in Absprache zwischen Arzt und Patient medikamentöse Behandlungsmethoden eingesetzt, die das ganze Spektrum der zur Zeit verfügbaren Mittel der Schulmedizin sowie der Naturheilkunde umfassen. Im Rahmen des Modells erfolgt dann die zentrale Auswertung der beobachteten Verläufe.

Als Leitstelle für Laboruntersuchungen und Datensammelstelle fungiert das Georg-Speyer-Haus in Frankfurt sowie das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) für den Bereich Köln/Bonn/Aachen. Für diese Vorhaben werden seit Mitte 1987 vorerst 6,2 Mio. DM bei einer Laufzeit von fünf Jahren veranschlagt.

Eine ausführliche Beschreibung und Bewertung des Modells befindet sich im 2. Kapitel **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten.**

Projektbegleitend wird den beteiligten Ärzten ein Fortbildungsprogramm zu allen Aspekten der Betreuung HIV-positiver Patienten angeboten. Ein *Leitfaden HIV* für Ärzte, das sogenannte **Logbuch,** wurde 1989 fertiggestellt und ab September an alle interessierten Ärzte verteilt.

7.1.2.5

Durch das Modellprogramm **Streetworker** wird besonders gefährdeten Personen der Hauptbetroffenengruppen im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit gezielt Gesundheitshilfe, Aufklärung und Beratung angeboten. Die Arbeit der Streetworker findet vor Ort statt, d. h. an den Treffpunkten der Szene von Homosexuellen, Strichern, Drogenabhängigen und Prostituierten.

Die Streetworker sind organisatorisch überwiegend an die Gesundheitsämter angebunden oder arbeiten eng mit diesen und AIDS-Beratungsstellen zusammen. Ihr Ziel ist es, durch ihre soziale Intervention Verhaltensänderungen im Sinne der Errichtung einer Barriere gegen Risikoverhalten zu erreichen.

Der bisherige Verlauf des Projektes, seit Herbst 1986, hat gezeigt, wie notwendig dieses Angebot ist. Vor allem in den Schwerpunktregionen der Erkrankung hat die Aufstockung der Mitarbeiterzahl von bisher 18 auf 47 eine Entlastung gebracht.

Das wissenschaftliche Begleitprogramm wird seit November 1986 vom Sozialpädagogischen Institut in Berlin durchgeführt. Dieses hat im März 1989 den dritten Zwischenbericht vorgelegt. Als wichtige Ergebnisse werden berichtet:

— Die von Streetworkern erreichten Gruppen wurden über die Hauptbetroffenengruppen hinaus auf männliche und weibliche Prostituierte, Beschaffungsprostituierte, Drogenabhängige und Inhaftierte erweitert.

— Die Aktivitäten der Streetworker umfassen sowohl den Aufbau persönlicher und institutioneller Beziehungsnetze als auch Aufgaben der primären AIDS-Prävention, der Beratung und Betreuung von Infizierten und Kranken sowie der allgemeinen psychosozialen Arbeit in den Szenen.

Bei einer Laufzeit von fünf Jahren bis 1991 wird das Modellprogramm mit jährlich rd. 4 Mio. DM, davon ca. 470 000,— DM für die wissenschaftliche Begleitung, gefördert.

7.1.2.6

Das Ziel des Modellprogramms **Betreuung und Beratung HIV-infizierter Drogenabhängiger in Drogenberatungsstellen,** kurz **Drogen und AIDS,** ist Drogen-

gefährdete und Abhängige zum Aufsuchen von Beratungsdiensten und zur Aufgabe des Drogenkonsums zu bewegen.

Seit September 1987 werden in 18 Drogenberatungsstellen (Berlin (2), München (2), Hamburg, Bremen, Hannover, Osnabrück, Neumünster, Frankfurt, Köln, Bergisch Gladbach, Mainz, Landau (Pfalz), Saarbrükken, Mannheim, Konstanz und Nürnberg) 28 zusätzliche Mitarbeiterstellen gefördert.

Als bisheriges Ergebniss der wissenschaftlichen Begleitung wird folgendes berichtet:

Das Angebotsspektrum an spezifischen Maßnahmen reicht von Betreuungsgesprächen bis zur Ernährungs- und Gesundheitsberatung sowie Angehörigenbetreuung. In einigen Beratungsstellen werden auch spezielle Gruppen, wie z. B. Schwangere, drogenabhängige, Test-positive Frauen mit ihren Kindern, Selbsthilfegruppen oder auch Wohngemeinschaften für Positive betreut. 12 der 18 Einrichtungen besuchen bzw. betreuen Erkrankte sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus. Es zeichnete sich für 1989 eine Zunahme in diesem Problembereich ab.

Die für das Projekt veranschlagten Mittel belaufen sich einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung, die vom Institut für Therapieforschung, München, durchgeführt wird, seit 1988 auf rd. 2,5 Mio. DM jährlich. Die Laufzeit endet im Dezember 1991.

Das Modellprogramm Drogen und AIDS stellt einen spezifischen Beitrag zur HIV-Prävention dar, wogegen das **Boosterprogramm** (Verstärkerprogramm) einerseits verschiedene niedrigschwellige Angebote zur Alltagsbewältigung aller Abhängigen beinhaltet und andererseits die Vernetzung von unterschiedlichen Drogenhilfeeinrichtungen anstrebt, sogar über verschiedene Träger hinweg.

7.1.2.7

Der besonderen Problematik HIV-infizierter bzw. AIDS-kranker Kinder trägt die Einrichtung des Modellprogramms **Multizentrische Studie zur Langzeitbetreuung HIV-exponierter und HIV-infizierter Kinder,** kurz **AIDS und Kinder,** Rechnung. Eine ausführliche Darstellung und Bewertung befindet sich im 4. Kapitel **AIDS bei Kindern.**

7.1.2.8

In dem Ende 1988 begonnenen Modellprogramm **Frauen und AIDS** wird den besonderen Lebensituationen und Problemlagen von Frauen im Hinblick auf AIDS Rechnung getragen. Bei seiner Realisierung arbeiten die Frauenkliniken in den Ballungsräumen Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg und München zusammen. Es stellt eine Verbindung dar zwischen klinischer Forschung, ambulanter und stationärer Versorgung und Betreuung sowie der psychosozialen Bewältigung der sich durch die HIV-Infektion ergebenden Probleme.

Es besteht aus zwei Schwerpunkten: dem medizinischgynäkologischen und dem psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Bereich. Die wesentlichen Forschungsziele des *gynäkologischmedizinischen* Teils sind:

- Auswertung des HIV-Screenings in der Schwangerschaft,
- Analyse der heterosexuellen Übertragbarkeit von HIV,
- Klärung von Fragen zur Verhütung einer Infektion bei Schwangerschaft und Geburt und
- Klärung von Fragen der Schwangerschaftsverhütung HIV-infizierter Frauen.

Forschungsziele des *psychosozialen bzw. -therapeutischen* Bereichs sind:

- Ermittlung von Ausgestaltungsformen frauenspezifischer Prävention und Betreuung,
- Analyse der Wirksamkeit frauenspezifischer HIV-Präventions- und Betreuungsmaßnahmen und
- Analyse der Reichweite und Akzeptanz frauenspezifischer HIV-Prävention- und Betreuungsmaßnahmen.

Die Umsetzung der Ziele im Rahmen des Modells erfordert ein breit gefächertes Unterstützungsangebot verschiedener Projektträger für die Bewältigung verschiedener Lebensbereiche und Lebenssituationen von Frauen, die Probleme im Hinblick auf AIDS haben. Dies sind insbesondere der Bereich der Sexualität, der Schwangerschaft, der Drogenabhängigkeit sowie der Prostitution. Dementsprechend werden neben den Unterstützungsangeboten im medizinischen Bereich spezifische Beratungsangebote sowie konkrete Ausstiegshilfen für registrierte Prostituierte sowie nicht registrierte, der Beschaffungsprostitution nachgehende Drogenabhängige bereitgestellt.

Für die vorgesehene Modellzeit bis 1991 sind Kosten von insgesamt rund 10 Mio. DM veranschlagt worden. Die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung der nicht klinischen Projekte durch das Sozialpädagogische Institut, Berlin, belaufen sich auf insgesamt 704 500,— DM.

7.1.2.9

Das Verbundprojekt **psychosoziale Betreuung von Hämophilen** hat das Ziel, Formen psychosozialer Betreuung für von AIDS betroffene Hämophile zu entwickeln bzw. zu verbessern. Im Rahmen des Projekts soll insbesondere folgenden psychosozialen Problemen im Zusammenhang mit AIDS bei Blutern Rechnung getragen werden:

- Die Betroffenen sehen sich erheblichen zusätzlichen Beschränkungen ausgesetzt, wie z. B. häufigen medizinischen Kontrolluntersuchungen,
- die HIV-Infektion bringt zum Teil erhebliche gesellschaftliche Probleme mit sich, wie z. B. Diskriminierung, soziale Isolierung und Verlust des Arbeitsplatzes, die nicht nur auf die Gruppe der Infi-

zierten, sondern auch auf die Gruppe der Bluter im allgemeinen übertragen werden,

— die Übernahme von Verantwortung gegenüber Lebens- und Sexualpartnern ist notwendig, um andere vor Ansteckung zu schützen,

— die sich entwickelnde Angst vor einem Fortschreiten der Infektion bis zum Ausbruch von AIDS löst Gefühle der Hilflosigkeit aus.

An dem Verbundprojekt beteiligen sich die Behandlungszentren für Hämophilie in Bonn, Frankfurt und München, die Deutsche Hämophiliegesellschaft, Hamburg, sowie die AIDS-Hilfe Bonn e.V.. Das Projekt hat eine Laufzeit vom 1. Juni 1989 bis 31. Dezember 1991. Insgesamt sind rd. 1,5 Mio. DM veranschlagt.

7.1.2.10

Für alle im Rahmen der vom BMJFFG geförderten Modellprogramme (7.1.2.1, 7.1.2.2, 7.1.2.3, 7.1.2.5, 7.1.2.6, 7.1.2.7, 7.1.2.8) tätigen etwa 700 AIDS-Fachkräfte ist eine vom Bund finanzierte obligatorische Fortbildung vorgesehen. Diese Fortbildung wird im Rahmen eines **Qualifizierungsprogramms** von der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf durchgeführt.

Dieses Programm soll eine möglichst optimale und einheitliche Umsetzung der Ziele und geplanten Aktivitäten in den Modellprogrammen des BMJFFG gewährleisten.

Ziele und Aufgaben sind unter anderem folgende:

— Konzeption, Planung, Organisation und Koordination der teilnehmerorientierten Fortbildungsveranstaltungen,

— Vermittlung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse über AIDS,

— Vermittlung der Grundstrukturen des öffentlichen Gesundheitswesens einschließlich wichtiger Rechts- und Verwaltungsvorschriften,

— Vermittlung von Grundlagen der Gesundheitserziehung und der sozialen Sicherung,

— Vorstellen von Konzepten psychosozialer Betreuung und Vermittlung von Grundkenntnissen in der Pflege AIDS-Kranker sowie

— Erwerb von Handlungsqualifikationen für die Arbeit in den Modellprogrammen.

Bei einer Laufzeit von drei Jahren bis Mitte 1990 sind für das Vorhaben insgesamt rd. 3,8 Mio. DM veranschlagt.

7.1.2.11

Das BMJFFG hat im Juni 1989 das Projekt **Supervision in der AIDS-Arbeit** an das Psychologische Institut der freien Universität Berlin vergeben. Ziel des Projektes ist es, für die in der AIDS-Arbeit tätigen medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Fachkräfte aus den AIDS-Modellprogrammen (7.1.2.1, 7.1.2.2, 7.1.2.3, 7.1.2.5, 7.1.2.6, 7.1.2.7, 7.1.2.8) ein qualifiziertes Supervisionsangebot bereitzustellen. Dazu wird eine Begleituntersuchung durchgeführt, in deren Rahmen die Voraussetzungen für Supervisionsangebote und deren Nutzen ebenso erforscht werden sollen, wie Prozesse, Bedingungen und Probleme.

Das Projekt hat eine Laufzeit von 2½ Jahren und endet am 31. Dezember 1991. Die Kosten des Projekts sind abhängig von der Zahl der Modellmitarbeiter mit Supervisionsbedarf und betragen bis zu insgesamt 1,4 Mio. DM.

7.1.3 Forschungsförderung und Projekte

7.1.3.1

Mit der seit Winter 1984/85 beim BGA durchgeführten epidemiologischen **multizentrischen Kohortenstudie** sollen Erkenntnisse über die Ausbreitung und Entwicklung der Krankheit in der Hauptbetroffenengruppe der Homosexuellen gewonnen werden.

Als Ergebis wird folgendes berichtet:

Neben 169 Personen ohne erkennbares AIDS-Risiko als Kontrollgruppe wurden 782 homosexuelle Männer in die Studie aufgenommen und regelmäßig in halbjährlichem Abstand untersucht. Sieben klinische Zentren in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin betreuen die Teilnehmer. Kein Studienteilnehmer der Kontrollgruppe war zu Beginn oder wurde seit Aufnahme in die Studie infiziert, während bereits bei Eintritt 432 (55 %) der homosexuellen Männer HIV-positiv waren, wie die heute üblichen hochempfindlichen Tests gezeigt haben.

Die erhobenen Daten zur Vorgeschichte zeigen bei diesen Teilnehmern eine höhere Promiskuität sowie ungleich häufigere Begleiterkrankungen wie Hepatitis oder Geschlechtskrankheiten. Von ihnen sind zwischenzeitlich 108 am Vollbild AIDS erkrankt, was einer auch international beobachteten Rate von 5 % pro Jahr entspricht. Die Inkubationszeiten sind also viel länger als ursprünglich angenommen wurde. Ungeschützte Sexualkontakte führten bei den zu Beginn der Studie HIV-negativen homosexuellen Probanden zur Infektion, jedoch war ihre Gesamtzahl (18) entgegen der gefürchteten Annahme, vergleichsweise klein. Hieran läßt sich die Wirkung der Aufklärungsstrategien in den Hauptbetroffenengruppen abschätzen.

Die Förderung dieser Studie geschieht mit Zuwendung an die beteiligten Kliniken in Höhe von 8,817 Mio. DM sowie für die Dokumentation und Statistik durch das BGA mit 1,27 Mio. DM.

7.1.3.2

Das Institut für medizinische Biometrie der Universität Tübingen wurde 1987 mit der **Entwicklung mathematischer Modelle zur HIV-Ausbreitung** beauftragt, um aufgrund der vorliegenden epidemiologischen Zahlen sowie dem Wissen über die Infektionswege und Übertragungswahrscheinlichkeiten die Entwicklung der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung besser ab-

schätzen zu können. Durch die gleichzeitige Einbeziehung der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten soll die Möglichkeit eröffnet werden, Verhaltensänderungen in der Bevölkerung früher zu erkennen, als dies anhand der Meldungen der AIDS-Erkrankungen allein möglich ist.

Die Förderung sieht in fünf Jahren (seit 1987) eine Gesamtzuwendung von 250 000,— DM vor.

7.1.3.3

Im Rahmen des Forschungsprojekts **Intensivierung der klinischen Forschung** stellt das BMJFFG allen Kliniken mit einem großen Anteil von HIV-Patienten jeweils einen Forschungsassistenten (Arzt) und eine Dokumentationskraft zur Verfügung, um dort Erkenntnisse zu sammeln und aufzuarbeiten, die Forschungsansätze und Forschungsvorhaben ermöglichen. Für 18 klinische Einrichtungen wurde bei vier Jahren Laufzeit eine Gesamtsumme von 11,8 Mio. DM bereitgestellt.

Für die Forschungsassistenten ist eine Beteiligung an der Krankenversorgung von maximal 50 % der zeitlichen Kapazitäten vorgesehen, um den erforderlichen Kontakt zum Patienten zu halten. Die Vergabe der Personalmittel ist auf maximal vier Jahre begrenzt und wird nur solchen Einrichtungen gewährt, die schon über Erfahrungen in der Behandlung von HIV-Infizierten verfügen und sich wissenschaftlichen Fragestellungen zur Problematik von AIDS zugewendet haben. Mit Annahme der finanziellen Förderung haben sich die Einrichtungen verpflichtet, für alle bei ihnen zur Behandlung kommenden Patienten eine Krankenblattdokumentation mit ausführlicher (Sozial)-Anamnese anzulegen.

Die Art der Datenerfassung in einem einheitlichen Datenerfassungssystem **KLINAIDS** ist umstritten. Siehe hierzu auch 6. Kapitel **AIDS und Recht**, Unterabschnitt 5 **Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion.**

Die Leitung dieser Verbundforschung liegt beim AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes in Berlin.

7.1.3.4

Die seinerzeit in den Koalitionsvereinbarungen geforderte Entwicklung eines epidemiologischen Erfassungsinstrumentes für ärztliche Referenzpraxen hat 1988 zur Vergabe einer Untersuchung **Anonymes Monitoring zu AIDS und HIV-Infektionen in den Praxen niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland (ANOMO)** an das Institut Infratest Gesundheitsforschung/Epidemiologische Forschung Berlin geführt, deren Ergebnisse nunmehr vorliegen.

Mit dieser Untersuchung wurden anhand einer repräsentativen Stichprobe bei 2 000 Ärzten drei Ziele verfolgt:

— die Häufigkeit und Anzahl von HIV-Positiven in der ambulanten Versorgung bei niedergelassenen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zu bestimmen,

— die auf HIV-Antikörper untersuchte Patientenpopulation zu beschreiben und

— die Bedingungen und Probleme der Testdurchführung bei niedergelassenen Ärzten zu ermitteln.

Folgende Ergebnisse werden mitgeteilt:

Fast 80 % dieser Ärzte beteiligten sich an der Untersuchung, die vor allem auf einer vollständig anonymen Dokumentation entsprechender Patienten beruhte. Demnach haben 16 % aller in die Untersuchung einbezogenen Ärzte (Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, Gynäkologen und Dermatologen) 1988 mindestens einen HIV-Positiven betreut, wobei dieser Anteil in Städten mit über 500 000 Einwohnern auf 31 % ansteigt. Auch werden dort durchschnittlich fünf im Gegensatz zu drei HIV-Positiven pro Praxis in Orten mit weniger als 500 000 Einwohnern betreut.

Die HIV-Prävalenz in der Untersuchungspopulation von 2 311 HIV-Antikörpertests soll 0,9 %, der Anteil der im Untersuchungszeitraum neu entdeckten HIV-Infektionen 0,2 % betragen haben. Damit konnte der in letzter Zeit zu beobachtende Trend sinkender HIV-Prävalenzen und -Inzidenzen für die Bundesrepublik Deutschland bestätigt werden. Drei verschiedene Hochrechnungsverfahren ergaben für Ende 1988 eine Gesamtzahl von 15 000 Personen mit diagnostizierten HIV-Infektionen in der ambulanten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Größenordnung, die auch die durch die Laborberichtspflicht erhobenen Werte auf eine konkrete Basis stellt.

Für das Projekt wurden bis Ende 1989 Mittel in Höhe von 2,26 Mio. DM aufgewendet, eine Fortführung bis 1995 ist geplant.

7.1.3.5

Eine Darstellung und Bewertung des **ärztlichen Modells für HIV-Infizierte in den Regionen Frankfurt und Köln/Bonn/Aachen,** der sogenannten HIV-Modelle findet sich in diesem Kapitel unter dem Punkt 7.2.4 sowie im 2. Kapitel **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten.**

7.1.3.6

An der Universität Bonn, einem Zentrum zur Behandlung der Hämophilie, werden in dem Projekt **AIDS-Forschung bei Hämophilen** ca. 300 HIV-positive Patienten beobachtet, bei einer Gesamtzahl von 570 HIV-infizierten Blutern in Bonn.

Auch bei dieser Kohorte zeigt sich der Zuwachs an manifest Erkrankten mit ca. 5 % pro Jahr, die Symptome unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen anderweitig HIV-Infizierter. Der heterosexuelle Übertragungsweg kann an diesem Kollektiv beispielhaft beobachtet werden: So zeigte sich eine Infektion

bei 12 % der Sexualpartnerinnen, und dies zumeist bei fortgeschrittener Immunschwäche des Primärerkrankten.

Die Förderung der klinischen Studie erfolgt mit 600 000,— DM, des virologischen Teils mit 730 000,— DM über 6 Jahre.

7.1.3.7

In enger Zusammenarbeit von klinisch tätigen Frauen- und Kinderärzten werden HIV-positive Frauen und deren Kinder betreut. So konnten im medizinischen Teil der **Multizentrischen Studie zur Langzeitbetreuung HIV-exponierter und HIV-infizierter Kinder** bisher ca. 80 Kinder regelmäßig beobachtet und ggf. behandelt werden.

Siehe hierzu auch Punkt 7.1.2.7 in diesem Kapitel und 4. Kapitel **AIDS bei Kindern.**

7.1.3.8

Ein sozialwissenschaftliches Forschungsvorhaben zur **Bewältigung psychischer und sozialer Probleme im Zusammenhang mit AIDS** wird vom Institut für Psychiatrie der Universität München durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist die Erfassung von psychosozialen Prädikatoren (protektive und Risikofaktoren) des Krankheitsverlaufs sowie die Ermittlung von Ansatzpunkten für eine gezielte psychotherapeutische Intervention und psychosoziale Beratung.

Insgesamt besteht das Projekt aus fünf methodisch aufeinander abgestimmten Teilstudien. Untersucht werden sollen infizierte Homosexuelle, erkrankte Homosexuelle, die ambulant und stationär behandelt werden, im Vergleich zu infizierten und nicht infizierten Hämophiliepatienten. In diesen drei Studien soll die gegenseitige Beeinflussung von Persönlichkeitsfaktoren und Krankheitsverlauf untersucht werden. In zwei weiteren, ergänzenden Teilstudien geht es um das soziale Umfeld der Betroffenen. Untersucht werden Einstellungen und Umgangsformen von Ärzten und Pflegepersonal gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowie Einstellungen und Umfangsformen gegenüber HIV-Infizierten in deren Familien.

Ergebnisse aus der *Teilstudie Hämophilie* haben gezeigt, daß Bluter beim Umgang mit der HIV-Infektion im wesentlichen die gleichen Coping-Strategien schildern wie bei der Bewältigung der Hämophilie. Sowohl in Bezug auf ihre Primärerkrankung als auch auf die HIV-Infektion überwiegen sozialer Rückzug, Verlust an Zuwendung, Ablehnung der Erkrankung sowie Verleugnung und Bagatellisierung.

Die Auswertung der *Studie über die Einstellung von Ärzten* zeigt, daß bei der Behandlung von AIDS- und Krebspatienten ähnliche Probleme und Belastungen auftreten. Auffallend ist dagegen, daß Ärzte von AIDS-Patienten weniger häufig über das Gefühl des Ausgebranntseins berichten. Widerstände gegen eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt sind groß. Viele, insbesondere symptomlose Patienten, befürchten, aufgrund der Teilnahme an der Studie in einen Patientenstatus zu kommen mit einhergehender psychischer Destabilisierung. Auch die Familienmitglieder befürchten häufig durch die Untersuchungen eine Destabilisierung des Familiengleichgewichts bzw. der eigenen Krankheitsbewältigung.

Die Projektkosten betragen bei einer Laufzeit von 4 Jahren bis Ende 1991 2,107 Mio. DM.

7.1.3.9

Zielsetzung des anwendungsbezogenen Forschungsprojektes **Jugend und AIDS,** das aus vier Teilprojekten besteht, ist die wissenschaftliche Untersuchung der Faktoren, die präventives Verhalten bei Jugendlichen fördern bzw. hemmen, um daraus wirksamere zielgruppenspezifische Aufklärungsmaßnahmen zu entwickeln. Jugendliche müssen unterschieden werden hinsichtlich Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildungsstand, Lebensweltorientierung, Stadt bzw. Land und religiöser Bindung. Deswegen ist angezeigt, für diese Gruppen unterschiedliche Aufklärungskonzepte zu entwickeln, die den jeweiligen zugrundeliegenden Bedingungen Rechnung tragen.

7.1.3.9.1

Zielsetzung der ersten Teilstudie, **AIDS-Prävention bei Jugendlichen — effektive Konzepte gesundheitlicher Aufklärung zur Risikominimierung —** die von der Universität Oldenburg, Arbeitsgruppe Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung, durchgeführt wird, ist die Erarbeitung und Evaluation unterschiedlicher Aufklärungskonzepte in den verschiedenen Handlungsfeldern Jugendlicher. (1. April 1989 bis 30. September 1991; Gesamtkosten 416 000,— DM).

7.1.3.9.2

Die zweite Teilstudie **Einsatz der Sozialarbeit zur AIDS-Prävention bei männlichen Jugendlichen aus sozialen Randbereichen,** durchgeführt von der Fachhochschule Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, will allgemeine gesundheitspädagogische und präventivmedizinische Ansätze mit folgendem Ziel auf die Sozialarbeit übertragen:

— Entwicklung eines Konzeptes für gemeindeorientierte AIDS-Prävention bei männlichen Jugendlichen aus sozialen Randbereichen,

— modellhafte Erprobung in bestimmten Regionen Hamburgs und

— Evaluation des Konzeptes.

(1. Juli 1989 bis 30. Dezember 1991; Gesamtkosten 364 000,— DM)

7.1.3.9.3

Ziel der dritten Teilstudie **AIDS-Prävention und -Bewältigung in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe: Aufklärung, Beratung und Betreuung der Heimerziehung,** die von der Hochschule Lüneburg, Institut für Sozialpädagogik, durchgeführt wird, ist es, Ursachen und Bedingungen der AIDS-Problematik, wie Unfähigkeit angemessen mit den Themen Sexualität, Krankheit, Sterben und Tod umzugehen, zu analysieren. Dabei sollen sozialpädagogische Konzepte im Bereich der Aufklärung, Beratung und Betreuung von gefährdeten, infizierten und kranken Kindern und Jugendlichen, unter besonderer Berücksichtung des integrierenden pädagogischen Umgangs mit Infizierten und Kranken, in der Heimerziehung herausgearbeitet werden (1. April 1989 bis 30. September 1990; Gesamtkosten 180 500,— DM).

7.1.3.9.4

Zielsetzung der vierten Teilstudie **AIDS-Beratung für Mädchen — mit besonderer Berücksichtigung von Mädchen in Krisen sexueller Entwicklung,** die vom Institut für Soziale Arbeit, Münster, durchgeführt wird, ist die Erarbeitung mädchenspezifischer Aufklärungsmaterialien. (1. Juli 1989 bis 31. Dezember 1991; Gesamtkosten 399 600,— DM)

Für alle vier Teilprojekte werden bis Ende 1991 etwa 1,4 Mio. DM bereitgestellt.

7.1.3.10

Ein weiteres sozialwissenschaftliches Forschungsvorhaben bezieht sich auf **sozialpsychologische Aspekte von AIDS unter besonderer Berücksichtigung von Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozessen** und wird vom Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen durchgeführt.

Die Leitfragen für das Projekt waren folgende:

— wie die Bildung von Vorurteilen, Stigmatisierungs- und Diskrimierungsprozessen im Hinblick auf AIDS abläuft,

— wo und wie sich Ausgrenzungsbestrebungen bemerkbar machen,

— welche Wechselwirkungen zwischen Fremd- und Selbststigmatisierung erkennbar sind und

— welche Anhaltspunkte es für Veränderungen solcher Prozesse durch Aufklärungskampagnen und Änderungen des Sexualverhaltens gibt.

Die Studie umfaßt drei Schwerpunktbereiche:

— Analyse der Lage der AIDS-Erkrankten einschließlich ihrer Familien, Partner und Pflegepersonen unter dem Aspekt der Diskriminierung und Stigmatisierung;

— Analyse der Lage der HIV-Infizierten einschließlich ihres sozialen Umfeldes unter den gleichen Aspekten;

— Analyse der allgemeinen, gesellschaftlich geprägten Denk- und Verhaltensmuster; hierzu soll eine Repräsentativbefragung durchgeführt werden, mit der erfaßt werden soll, was in der Allgemeinbevölkerung als Problembewußtsein, Einstellungsmuster und Verhaltensrepertoire gegenüber AIDS zum Ausdruck kommt. AIDS-spezifische Fragen werden dazu mit allgemeinen, sozialpsychologischen Items gemischt; z. B. soll herausgefunden werden, wie AIDS im Vergleich mit anderen gesellschaftlichen Bedrohungen gesehen wird.

Zwischenergebnisse liegen bisher noch nicht vor. Bei einer Laufzeit von 2 Jahren bis Mitte 1990 sind für das Vorhaben insgesamt rund 823 000,— DM veranschlagt.

7.1.3.11

Im Rahmen der sexualwissenschaftlichen Forschung zu AIDS wurde in der Abteilung für Sexualwissenschaft der Universität Frankfurt eine Studie über das **Sexualverhalten und den Lebenstil homosexueller Männer** durchgeführt.

In der Studie wurde der für das Sexualverhalten der homosexuellen Männer relevante Lebenszusammenhang untersucht und mit einer Studie aus dem Jahre 1971 verglichen, insbesondere in den Bereichen: Coming-out der Homosexuellen, Subkultur der Homosexuellen, Freundschaften Homosexueller, Sexualität der Homosexuellen, aber auch heterosexuelle Kontakte homosexueller Männer sowie Drogenkonsum, AIDS und Beziehungen zu Ärzten.

Die Studie wurde 1986 begonnen und hatte eine Laufzeit von knapp drei Jahren. Der Abschlußbericht ist Ende August 1989 vorgelegt worden. Die Studie wird in der Schriftenreihe des BMJFFG Mitte 1990 veröffentlicht.

Als ein Ergebnis zeigte sich, daß sich beispielsweise die Zahl der Sexualpartner homosexueller Männer seit dem Auftreten von AIDS verringert hat. Darüber hinaus werden sexuelle Kontakte, die mit einem Ansteckungsrisiko verbunden sind, stärker vermieden und seit 1987 Kondome von etwas mehr als der Hälfte der Befragten regelmäßig benutzt. 80 % der Befragten gaben Veränderungen ihrer sexuellen Praktiken an, die sich erheblich risikomindernd auswirken. Außerhalb von festen Beziehungen hat sich in der homosexuellen Subkultur Safer-sex als eine weitgehend eingehaltene Norm durchgesetzt.

Mehr als die Hälfte der Befragten hatte sich einem HIV-Antikörpertest unterzogen. Als Motive werden am häufigsten der Wunsch nach Gewißheit über den eigenen Infektionsstatus sowie die Betonung der Verantwortung gegenüber Dritten genannt.

Der Gesamtbedarf an finanziellen Zuwendungen belief sich auf 406 000,— DM.

7.1.3.12

Im Rahmen der sexualwissenschaftlichen Forschung ist darüber hinaus eine **Vorfelderhebung zur Aufdekkung der Zahl möglicher Infektionsketten** gefördert worden. Ziel der Vorstudie war die Entwicklung geeigneter Methoden zur realitätsnahen Erfassung des im Hinblick auf die HIV-Infektion relevanten Sexualverhaltens und möglicher Verhaltensänderungen.

Die Kosten der Pilotstudie, die vom Meinungsforschungsinstitut Basis Research in Frankfurt durchgeführt wurde, beliefen sich auf 170 000,— DM.

7.1.3.13

Die in der Pilotstudie *Vorfelderhebung zur Aufdekkung der Zahl möglicher Infektionsketten* (siehe 7.1.3.12) gewonnenen Erkenntnisse sollen in einer **repräsentativen Untersuchung zum Sexualverhalten von Männern und Frauen in der Bundesrepublik Deutschland** umgesetzt werden.

Bei dieser Studie geht es um das sexuelle Handeln, seinen situativen Kontext und Hintergrundbedingungen sowie Änderungspotentiale im Hinblick auf eine AIDS-Gefährdung.

Ziele der Untersuchung sind:

— Feststellung von Merkmalen und Eigenarten besonders gefährdeter und bedrohter Personen (-gruppen);

— Analyse von Situationen und sexuellen Handlungsweisen, die eine HIV-Infektion ermöglichen könnten;

— Feststellung der Häufigkeit und Veränderung sexueller Handlungsformen im Beobachtungszeitraum;

— Feststellung von Auswirkungen (dauerhafter) Veränderungen des sexuellen Handelns auf die Persönlichkeit, insbesondere auf das psychische Gleichgewicht, Partnerschaft und Familienplanung.

Der quantitative Teil der Studie wird von Basis Research in mehreren Befragungswellen durchgeführt. Der qualitative Teil wird vom Fachbereich Sexualmedizin der Medizinischen Hochschule in Hannover erarbeitet. Ergebnisse aus dem qualitativen Teil der Studie liegen noch nicht vor.

Die Studie hat eine Laufzeit von knapp 4 Jahren bis 1991. Die Kosten für den qualitativen Teil belaufen sich auf insgesamt 2,43 Mio. DM. Die Kosten für den quantitativen Teil betragen insgesamt 1,154 Mio. DM.

7.1.3.14

Ein weiteres sozialwissenschaftliches Forschungsprojekt untersucht **soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter: Untersuchung von Ansätzen zur AIDS-Prävention.** Das Projekt wird vom Sozialpädagogischen Institut in Berlin durchgeführt. Es verfolgt das Ziel die Erreichbarkeit der Kunden von Prostituierten für Präventionsmaßnahmen zu verbessern.

Als erste Erfahrungen aus dem Projekt wurden berichtet, daß die Bereitschaft zur Kondombenutzung bei den Prostituierten, die selbst ein lebenswichtiges Interesse an der Kondombenutzung haben, hoch ist. Dieser Wunsch kann jedoch vielfach gegenüber den Freiern nicht durchgesetzt werden. Ziel der Untersuchung ist deshalb herauszufinden, wie das AIDS-präventive Verhalten der Kunden verbessert werden kann, z. B. wie die ablehnende Haltung von Freiern gegenüber der Kondombenutzung beeinflußt werden kann. Im Zeitraum von drei Jahren sollen jährlich etwa 200 Freier in Berlin beraten und befragt werden.

Das Projekt hat eine Laufzeit von Juni 1989 bis Ende 1991. Es ist mit insgesamt 559 500,— DM veranschlagt worden.

7.1.3.15

Ziel des Projekts **Was hindert Menschen daran, risikoarmes Sexualverhalten zu praktizieren** ist es, im einzelnen folgenden Fragen nachzugehen:

— Sprechen und wenn ja wie sprechen Personen, die mehrere Sexualpartner haben, in intimen Situationen über den Schutz gegen eine HIV-Infektion?

— Was hindert Personen, die mehrere Sexualpartner haben, an einer Thematisierung und Praktizierung risikoarmen Sexualverhaltens?

— Was sind die Voraussetzungen, Schutzmöglichkeiten in intimen Situationen zu thematisieren und darin einzubetten?

— Welche Möglichkeiten hat eine gesundheitlich orientierte Aufklärung steuernd einzugreifen?

Von dem Projekt werden wichtige Ergebnisse für die zukünftige Aufklärungsarbeit erwartet:

— Erkenntnisse über Konflikte, Widerstände und Unsicherheiten bei der Thematisierung von Schutzmöglichkeiten und ihrer Anwendung,

— Kenntnis von Umständen, die dabei eine große Rolle spielen,

— Antwort auf Fragen, ob und wie Gesundheitsaufklärung Hilfen zur Strukturierung von Kommunikation anbieten kann, und

— welche medialen Vermittlungsformen problemgerecht sind.

Das Projekt wird vom Wissenschaftszentrum Berlin und der Universität Köln durchgeführt. Es hat Ende 1989 begonnen und eine Laufzeit von 1½ Jahren. Für das Gesamtprojekt sind 97 100,— DM bewilligt.

7.1.3.16

Die Leitfrage der von der Integrativen Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt durchgeführten Studie **Selbstheiler — Ausstiegsprozesse aus Opiatabhängigkeit und Polytoxikomanie** ist, wie und unter welchen Bedingungen der Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit geschafft wurde. Anhand einer retrospektiven Untersuchung individueller Lebensläufe (narrative Interviews) heroinabhängiger und polytoxikomaner Personen sollen Anhaltspunkte über Ausstiegsprozesse aus der Drogenabhängigkeit gewonnen sowie folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Welche Rolle spielt die AIDS-Gefährdung für den Ausstieg aus dem Drogenkonsum?
- Welche Auswirkungen gibt es auf Sexualverhalten und Verhaltensmuster wie Needle-sharing?
- Inwiefern können Life events (d. h. lebensentscheidende Ereignisse) den Ausstieg aus dem Drogenkonsum bewirken?

Das Projekt ist 1988 angelaufen und soll Mitte 1990 abgeschlossen werden. Für die Durchführung stellte das BMJFFG insgesamt 78 000,— DM zur Verfügung.

7.1.3.17

Ziel des von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend und Eheberatungen e.V. (AJEB) zu entwikkelnden **Curriculums für die Fortbildung von Beratern zum Thema AIDS** ist es, die fachliche und beraterische Kompetenz von Beratern in

- Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen,
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen,
- Sexual- und Familienplanungszentren und
- Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche

so zu stärken, daß eine qualifizierte Beratung in Bezug auf AIDS in möglichst allen diesen Beratungsstellen sichergestellt wird.

Das Projekt wurde 1988 in Auftrag gegeben und ein Förderungszeitraum von 3½ Jahren vorgesehen. Zur Erstellung des Curriculums wurden rund 1,254 Mio. DM veranschlagt.

7.1.3.18

Im Rahmen des **WHO-Scenarios: AIDS — soziale und wirtschaftliche Folgen** sollen die soziokulturellen Auswirkungen von AIDS (z. B. Einfluß auf Wertvorstellungen, Bedeutung der öffentlichen Meinung für Betroffene etc.), Auswirkungen von AIDS auf bestehende Sozialstrukturen in Familie, Schule, Betrieb und Selbsthilfegruppen sowie Auswirkungen auf gesellschaftliche und individuelle Verhaltensweisen wie Diskriminierung und allgemeines Sexualverhalten etc. ermittelt werden.

Dabei soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- allgemeine Lebensbedingungen wie Lebensstandard, Wohnverhältnisse etc.,
- gesellschaftlicher Umgang mit AIDS wie Einstellung, Meinung und Verhaltensweisen,
- persönlicher Umgang mit AIDS wie eigenes Sexualverhalten, Drogengebrauch etc.,
- Stellung der HIV-Infizierten und AIDS-Kranken in der Gesellschaft sowie soziale Krankheitsfolgen,
- Einfluß von AIDS auf das Gesundheits- und Sozialversicherungswesen und
- Folgen von AIDS für den Tourismus (Sextourismus) und die internationale Gesundheitspolitik.

Die Ergebnisse des vom MEDIS-Institut in München durchgeführten Forschungsprojekts werden 1990 in einem international besetzen Workshop vorgestellt werden. Für das Projekt werden vom BMJFFG insgesamt rund 311 000,— DM zur Verfügung gestellt.

7.1.3.19

Im Rahmen des Forschungsprojekts **ethische Aspekte von AIDS** sollen folgende Themen schwerpunktmäßig behandelt werden:

- AIDS als ethische Herausforderung an das persönliche Verhalten von Gesunden, Infizierten und Kranken,
- AIDS als ethische Herausforderung an gesellschaftliche Gruppen wie z. B. Schule, Arbeitskollegen, Ärzte etc. und
- AIDS und gesellschaftliche Institutionen wie Staat, Kirche, Gesundheitswesen, Rechtsprechung, Wissenschaft etc.

Es soll darüber hinaus folgenden Themen nachgegangen werden:

- Probleme einer angemessenen Sexualerziehung in Familie und Schule,
- Probleme der staatlichen Eingriffnahme in gesundheitliches und Krankheitsverhalten,
- Testproblematik,
- ethische Probleme der ärztlichen Schweigepflicht,
- Problem des Schwangerschaftsabbruchs bei HIV-infizierten Frauen und
- Probleme der Durchführung sozialwissenschaftlicher, sexualwissenschaftlicher und medizinischer Forschungsprojekte.

Das Projekt wird an der Universität Marburg, Fachbereich Theologie, Fachgebiet Sozialethik, und an der Universität Bremen, Fachbereich Soziologie, bearbeitet. Die voraussichtlichen Kosten der beiden Teilprojekte, die eine Laufzeit von Ende 1989 bis Ende 1991 haben, belaufen sich auf jährlich etwa 250 000,— DM.

7.1.3.20

Eine **vergleichende Sekundäranalyse von Umfragedaten über Wissen, Einstellungen, artikuliertes Wissen und Verhaltensabsichten im Bereich AIDS** führt das Institut INIFES (Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie, Stadtbergen) durch.

Die Zahl der seit 1985 durchgeführten nationalen und internationalen Umfragen zum Thema AIDS mit zum Teil stark voneinander abweichenden Daten zu gleichen Sachverhalten wächst ständig. Deshalb ist es erforderlich, durch eine intensive sekundäranalytische Sammlung, Sichtung und Analyse der vorliegenden Umfragen zum Thema AIDS

— einen detailierten Überblick über nationale und internationale Untersuchungsergebnisse zu erstellen,

— aus der Fülle der Umfrageergebnisse diejenigen zu ermitteln, die einer methodenkritischen Prüfung standhalten,

— Hinweise für die optimale Gestaltung von zukünftigen Umfragen zu erarbeiten.

Das Gesamtprojekt wird bei einer Laufzeit von 15 Monaten bis Mitte 1990 mit ca. 117 200,— DM veranschlagt.

7.1.3.21

Um die Wirksamkeit der Aufklärungsmaßnahmen über AIDS zu überprüfen, beauftragte das BMJFFG das Institut für Demoskopie Allensbach, Allensbach am Bodensee, mit einer Repräsentativbefragung **AIDS — Informationsstand, Kommunikation und Reaktion der erwachsenen Bevölkerung.** Die Untersuchungen stützen sich auf Interviews mit einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung ab dem Alter von 14 Jahren. Die Interviews wurden 1988 und 1989 durchgeführt. Somit sind Trendanalysen der Entwicklung von Wissen, Betroffenheit, Einstellungen und Verhalten möglich.

Die Befragungen von 1988 und 1989 brachten folgende Ergebnisse:

Alles in allem ist die Bevölkerung über AIDS, die wichtigsten Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten umfassend informiert. Die Einstellung zu Kondomen und das Vertrauen in ihre Schutzwirkung haben sich in den letzten Jahren verbessert. Es fehlen aber Impulse für Verhaltensänderungen. Die Mehrheit der Bevölkerung sieht zumindest für eigene Verhaltensänderungen keinen Anlaß, es gibt jedoch vermehrt Vorbehalte gegen Partnerwechsel. Die Toleranz gegenüber AIDS-Kranken ist gestiegen.

60 % der Bevölkerung wären bereit, sich dem Test zu unterziehen, wenn Vertraulichkeit gesichert ist. Besonders Frauen tendieren dazu, dem AIDS-Risiko Rechnung zu tragen, z. B. durch Testung vor Aufnahme einer neuen Beziehung. Die Bereitschaft, mit einem Betroffenen am Arbeitsplatz zusammen zu arbeiten, ist nach wie vor sehr groß.

Für die im Jahre 1988 durchgeführte Umfrage wurden 202 920,— DM bereitgestellt; für die Umfrage 1989 212 040,— DM.

7.1.3.22

Die erste FORSA-Untersuchung **AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik Deutschland** wurde im April 1987 vorgenommen, die zweite im Juli/August 1988 und die dritte ist für 1990 vorgesehen. Befragt wurde jeweils eine repräsentative Auswahl von Bürgern in der Bundesrepublik Deutschland über 16 Jahre. Die Umfragen kommen zu vergleichbaren Ergebnissen wie die Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach:

— Es gibt keine Anzeichen einer AIDS-Hysterie in der Bevölkerung.

— Es besteht ein hoher Informationsstand über die Hauptansteckungswege.

— Ca. 40 % der Bevölkerung wünschen vertiefende Informationen über AIDS.

— Das Wissen über adäquaten Infektionsschutz hat sich erhöht.

— Die Einstellung gegenüber Kondomen hat sich in Richtung „größere Akzeptanz" verändert.

— Auch das Gespräch über Schutzmöglichkeiten am Anfang einer sexuellen Beziehung erfolgt häufiger. Hier sind die Frauen besonders aktiv.

— Es gibt eine Tendenz zur „größeren Vorsicht" bei sexuellen Kontakten. Es gibt verstärkte Vorbehalte gegenüber Partnerwechsel und sexuellen Kontakten mit Zufallsbekanntschaften.

— Es gibt zunehmende Toleranz gegenüber HIV-Infizierten und AIDS-Kranken.

Darüber hinaus zeigt sich, daß es in Bezug auf Wissen über AIDS beträchtliche Unterschiede hinsichtlich der Zugehörigkeit zu Bildungsschichten gibt, die sich auch durch alle Altersgruppen ziehen. Gestiegen ist die Inanspruchnahme der Beratungsangebote der Gesundheitsämter. Die Mehrheit der Bürger zieht Freiwilligkeit und Eigenverantwortung gegenüber staatlichen Kontrollmaßnahmen vor.

Für die seit 1987 jährlich durchgeführten Studien ist jeweils ein Betrag zwischen 160 000,— bis 190 000,— DM bis einschließlich 1991 vorgesehen.

7.1.4 Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene

7.1.4.1

Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern wird von mehreren Gremien sichergestellt. In erster Linie sind die **Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder (AGLMB)** sowie die **Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (GMK)** mit dem Thema AIDS befaßt. Die AGLMB nimmt die Aufgaben

der in der Koalitionsvereinbarung vorgesehenen „Kommission AIDS" wahr.

In Übereinstimmung mit dem Bundestag hat die GMK festgestellt, daß die zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS möglichen und sinnvollen Maßnahmen der Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung sowie der notwendigen Forschungsinitiativen eingeleitet worden sind.

Die Durchführung des 1. und 2. Deutschen AIDS-Kongresses wurde finanziell und organisatorisch maßgeblich durch das BMJFFG unterstüzt.

Zur Abstimmung von Aufklärungsmaßnahmen wurde bei der BZgA ein Bund-Länder-Gremium eingerichtet, in dem die AIDS-Beauftragten der Bundesländer sowie der Koordinierungsstab AIDS des BMJFFG vertreten sind.

7.1.4.2

Im **Europarat** sind seit Auftreten der ersten AIDS-Fälle eine Vielzahl von Aktivitäten in Richtung auf eine abgestimmte europäische Politik zu verzeichnen. Besonders hingewiesen sei auf den Ratsbeschluß der EG-Gesundheitsminister vom 15. Mai 1987, der die Einsetzung einer Ad-hoc-Gruppe beinhaltet mit dem Auftrag, eine gemeinsame Strategie innerhalb der Mitgliedstaaten vorzubereiten.

Aufgrund der Arbeit dieser Gruppe wurden Schlußfolgerungen zu folgenden Themen genehmigt:

- Betonung des gemeinsamen Ansatzes in der AIDS-Bekämpfung,
- Epidemiologie:

  regelmäßiger und rascher Austausch von epidemiologischen Daten über AIDS in der EG,

  Verbesserung und Erweiterung des Austausches von epidemiologischen Daten,

  Verbesserung des allgemeinen Systems der Sammlung epidemiologischer Daten einschließlich der Anwendung der Neudefinition von AIDS,
- Austausch von Informationen über nationale Maßnahmen,
- Gesundheitliche Aspekte mit Blick auf 1992,
- Drogenbekämpfung:

  Verstärkung von Programmen, die Bemühungen um eine Verringerung des Risikos der HIV-Infektionsübertragung bei Drogenabhängigen unterstützen,

  wirksame Koordination von Programmen zur AIDS-Bekämpfung mit denen der Suchthilfe und -verhütung,
- Aufklärung und Vorbeugung:

  Vorrang der Aufklärung und Gesundheitserziehung bei der AIDS-Bekämpfung,

  AIDS-Aufklärung im Betrieb,
- Sensibilisierung des Gesundheitspersonals,
- Austausch von qualifiziertem Personal zwischen den Mitgliedsstaaten.

Darüber hinaus hat die AIDS-ad hoc-Gruppe für das künftige Vorgehen auf Gemeinschaftsebene am 13. November 1989 anläßlich des Gesundheitsministerrates eine Erklärung und ein umfassendes Programm vorgelegt.

Auf dem Forschungssektor werden von der Kommission Gelder zur Verfügung gestellt, um den wissenschaftlichen Dialog durch Förderung von Kongressen, Einrichtungen etc. zu verstärken.

7.1.4.3

Auf weltweiter Ebene erfolgt mit der **World Health Organization** (Weltgesundheitsorganisation, WHO) eine enge Kooperation, die einen ständigen Informationsaustausch und eine Abstimmung der geplanten Maßnahmen einschließt. Dabei wirken eigens eingerichtete Forschungskollaborationszentren in München und Berlin mit.

Auf dem Weltgipfel der Gesundheitsminister der WHO vom 26.—28. Januar 1988 in London wurde übereinstimmend festgestellt, daß die Aufklärung derzeit das wichtigste Mittel zur Verhinderung einer weiteren Ausbreitung von AIDS ist. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, daß Informations- und Aufklärungsprogramme die sozialen und kulturellen Gegebenheiten sowie unterschiedliche Lebensweisen berücksichtigen sollen. Betont wurde die Notwendigkeit, bei den AIDS-Vorsorgeprogrammen die Menschenrechte und die Menschenwürde zu schützen, um auch so Stigmatisierungen und Diskriminierungen vorzubeugen. Besonders nachdrücklich seien die Medien gefordert, ihre wichtige gesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen und der Öffentlichkeit faktische und ausgewogene Informationen über AIDS und Wege zur Verhinderung seiner Ausbreitung zu liefern.

Als ein weiteres Ergebnis des Gipfels wurde das Jahr 1988 zum „Jahr der AIDS-Aufklärung" deklariert mit dem Ziel,

- die Kommunikationswege in jeder Gesellschaft weiter zu öffnen, um breiter und intensiver aufklären zu können,
- den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen allen Ländern zu verstärken und
- durch Information und Aufklärung soziale Toleranz zu verstärken.

Siehe auch 9. Kapitel **AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt.**

Die Bundesrepublik Deutschland ist viertgrößter Beitragszahler bei der WHO. Dem davon organisatorisch getrennten **Global Programme on AIDS (GPA)** werden von der Bundesrepublik Deutschland zusätzlich Mittel zugewiesen.

Am 1. Dezember 1988 wurde mit weltweiter Beteiligung der 1. Welt-AIDS-Tag der WHO begangen, der

sich insbesondere gegen jede Art von Diskriminierung wendete. Der 2. Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 1989 stand unter dem Motto AIDS und Jugend. Der 3. Welt-AIDS-Tag am 1. Dezember 1990 wird dem Thema AIDS und Frauen gewidmet.

7.1.4.4

Um die Ausweitung der **Zusammenarbeit auf bilateraler Ebene** bemüht sich die Bundesregierung unter anderem mit Österreich, den Niederlanden, Frankreich und weiteren Staaten. Auf dem Forschungssektor bestehen derzeit bilaterale Kooperationen zwischen der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien und den USA. Die Kooperation wird für die deutsche Seite vom BMFT innerhalb des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" gefördert.

7.1.4.5 Deutsch-Deutsche Zusammenarbeit

Eine verstärkte Zusammenarbeit wird auch in Zukunft im Rahmen des Gesundheitsabkommens und des Abkommens über die wirtschaftlich-technische Zusammenarbeit (WTZ) mit der DDR erfolgen.

Anläßlich eines Deutsch-Deutschen Wissenschaftlertreffens am 14. April 1989 in Hamburg wurden folgende Schwerpunktthemen genannt: Immunologie, Molekularbiologie, Virologie, antivirale Substanzen und Chemotherapie, klinische Studien und Epidemiologie. Die Kontakte wurden im Herbst 1989 fortgesetzt.

Bei einem Gespräch der Gesundheitsbeauftragten am 9. Januar 1990 in Bonn wurde folgendes konkret vereinbart:

- gemeinsame Erarbeitung von Informationsmaterial für Grenzgänger auf beiden Seiten,
- gemeinsame Entwicklung weiterer Medien,
- Teilnahme an Koordinierungsgremien des anderen Staates,
- Unterstützung der AIDS-Hilfe, die am 13. Januar 1990 in Ost-Berlin gegründet wurde,
- Durchführung gemeinsamer Projekte,
- Mitarbeit von AIDS-Fachkräften aus der Bundesrepublik Deutschland in der Charité in Ost-Berlin sowie
- Studienaufenthalte von Fachpersonal aus der DDR in Einrichtungen der AIDS-Bekämpfung in der Bundesrepublik Deutschland und ständiger Personalaustausch.

Obwohl gegenwärtig die Zahl der HIV-Infizierten in der DDR noch verhältnismäßig gering ist, wird diese Zusammenarbeit in Zukunft immer dringlicher, weil durch die Öffnung bzw. Wegfall der Grenzen sich die AIDS-Gefahr in der DDR möglicherweise erhöht hat.

7.1.5 Organisationen, Gremien und Verordnungen

7.1.5.1

Das BMJFFG hat mit dem **Nationalen AIDS-Beirat (NAB)** ein unabhängiges Beratergremium von Fachleuten aus Wissenschaft, Forschung und Praxis berufen, das die Vielzahl von Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von AIDS begleitet. Der NAB hat die Aufgabe, bei der Beurteilung und Entwicklung übergreifender gesundheitspolitischer Maßnahmen mitzuwirken. Dazu gehören ihm Mediziner, Sozialwissenschaftler und Juristen sowie Fachleute psychosozialer Kompetenz an. Ferner sind in dem Gremium wichtige Organisationen wie Renten- und Krankenversicherungsträger, Bundesärztekammer, öffentliches Gesundheitswesen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Kirchen, AIDS-Hilfen und andere vertreten.

In der Zeit seines Bestehens hat er in zahlreichen Ausschuß- und Plenarsitzungen Voten zu aktuellen Problemen von AIDS abgegeben. Beispielhaft seien hier genannt:

- Die Ablehnung von zwangsweisen HIV-Antikörpertests in den verschiedensten Berufsbereichen und Tätigkeitsfeldern,
- der Appell an die Bevölkerung, nicht zur Diskriminierung und Ausgrenzung Betroffener beizutragen,
- Empfehlungen zur Ausstattung der ambulanten und stationären Versorgungs- und Pflegebereiche sowie
- Anregungen für Grundprinzipien in verschiedenen Arbeitsgebieten wie Prävention, Beratung und Therapie.

7.1.5.2

Zur Abstimmung zwischen den Bundesressorts wurde eine **Interministerielle Arbeitsgruppe AIDS (IMA)** eingesetzt. Zu den Aufgaben der IMA zählt im wesentlichen, die Beteiligung der Ressorts bei allen wichtigen Entscheidungen bzw. grundsätzlichen AIDS-relevanten Fragen zu gewährleisten.

7.1.5.3

Nach der 1987 erfolgten Einrichtung des **Koordinierungsstab AIDS im BMJFFG** wurde zum 1. Januar 1988 das **AIDS-Zentrum im BGA** in Berlin als interdisziplinäres wissenschaftliches Beratungsinstitut errichtet. Es soll den jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisstand für Entscheidungen sowie die laufende Arbeit des Ministeriums aufbereiten und hat folgende Aufgabenfelder:

Epidemiologie:

- Führung des AIDS-Fallregisters
- Führung des HIV-Infektionsregisters
- Bewertung der epidemiologischen Situation
- Prognosen über die weitere Entwicklung
- Betreuung von Arbeiten zur Entwicklung epidemiologischer Modelle

Virusdiagnostik (Virologie):

- Bewertung der Aussagekraft etablierter und neuer diagnostischer Verfahren zum Nachweis der HIV-Infektion
- Bewertung molekular-virologischer Erkenntnisse für Pathogenese, Therapie und Prophylaxe
- Betreuung von Standardisierungsbemühungen in der Diagnostik (Standardkriterien)

Pathogenese (Klinik der HIV-Krankheit):

- Betreuung der multizentrischen Kohortenstudie zur Entwicklung der HIV-Krankheit (BGA) und zum Verlauf von AIDS (Multizentrische Dokumentation des BMJFFG gemeinsam mit dem BMA)

Psychosoziale Forschung:

- Sichtung, Zusammenfassung und Bewertung von nationalen und internationalen Ergebnissen zu verhaltensbedingten Infektionsrisiken einschließlich des Sexualverhaltens sowie erreichbare Verhaltensänderungen

BMFT-Forschungsförderung:

- administrative Betreuung und Koordination von biomedizinischen und sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Entwicklungsvorhaben im Rahmen der BMFT-Forschungsförderung im Förderschwerpunkt AIDS
- Organisation internationaler Zusammenarbeit und Koordination mit ausländischen Förderinstitutionen
- Information der Öffentlicheit über AIDS-Forschung (AIDS-Nachrichten/Berichte des BMFT zur Forschungsförderung) und Verbesserung des Informationsaustauschs innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland und mit anderen AIDS-Forschungsprogrammen (project news)

Information und Dokumentation:

- Auswertung des Schrifttums und Erstellen von Synopsen
- Aufbau fachbezogener Dokumentationssysteme
- Mitwirkung an Gestaltung von Aufklärungsmaßnahmen
- Organisation der internationalen Zusammenarbeit in den oben genannten Aufgabenfeldern.

Im Bundeshaushaltplan 1987 wurden für alle unter Punkt 7.1.5 genannten Organisationen und Gremien ca. 60 Personalstellen bewilligt. Die Mittel dafür belaufen sich auf 7,0 Mio. DM pro Jahr incl. Sachkosten.

7.1.5.4

Durch epidemiologische Untersuchungen wird der Frage nach der Verbreitung des AIDS-Erregers in der allgemeinen Bevölkerung, in den Gruppen der Hauptbetroffenen sowie zu Voraussagen über Folgen und Ablauf der Infektionen nachgegangen. Die erhobenen positiven HIV-Bestätigungstests werden entsprechend der **Laborberichtsverordnung** vom 1. Januar 1987 durch die untersuchenden Laboratorien auf anonymer Basis an das Bundesgesundheitsamt (BGA) gemeldet. Unter Berücksichtigung der bereits vor Inkrafttreten der Laborberichtsverordnung auf freiwilliger Basis erfolgten Meldungen sind bis Ende März 1990 insgesamt 37 816 HIV-1-Infektionen in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West bekannt. An HIV-2-Infektionen wurden in diesem Zeitraum 74 Fälle gemeldet. Der Zuwachs im Jahr 1989 an diagnostizierten HIV-Infektionen ist — in absoluten Zahlen betrachtet — nach den bisher vorliegenden Daten, dem von 1988 annähernd gleich. Bei gleichbleibender Anzahl an gemeldeten männlichen Fällen ist ein leichter Anstieg der gemeldeten weiblichen zu verzeichnen.

7.1.5.5

Die über das **AIDS-Fallregister** dem BGA durch die behandelnden Ärzte freiwillig gemeldeten AIDS-Fälle beliefen sich bis Ende März 1990 auf insgesamt 4 653 (seit 1982). Hiervon sind 1 997 Patienten als verstorben gemeldet. Der Zuwachs an AIDS-Patienten, welche vermutlich in den Jahren 1979 bis 1984 infiziert wurden, hat gegenüber 1987 leicht zugenommen. Die hieran prozentual beteiligten Hauptbetroffenengruppen zeigen gleichbleibende Werte: leichte Abnahme der prozentualen Anteile Hämophiler gegen entsprechende Zunahme i.v.-drogenabhängiger AIDS-Kranker.

Die AIDS-Prävalenz beträgt insgesamt (von 1982 bis heute) 74,49 pro 1 Mio. Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland, was im europäischen Vergleich einem mittleren Wert entspricht. Übertroffen wird diese Zahl z. B. von der Schweiz mit 175,6, von Frankreich mit 158,3 und von Spanien mit 118,2 pro 1 Mio. Einwohner. In den USA lag die Rate der AIDS-Erkrankungen 1989 bei 141 pro 1 Mio. Einwohnern.

7.1.5.6

Die Länder haben unter Mitwirkung des BMJFFG ein Verordnungsmuster für eine **Hygieneverordnung** erarbeitet, die inzwischen von allen Bundesländern in Kraft gesetzt wurde (Ausnahme: Berlin).

7.1.5.7

Besonders wichtig für die **Einschätzung der epidemiologischen Lage** in der Bundesrepublik Deutschland ist die Zusammenführung der aus den verschiedenen Untersuchungen, dem AIDS-Fallregister sowie durch die Laborberichtspflicht erhobenen Daten. Deshalb wird diese Arbeit künftig intensiviert und sowohl personell als auch finanziell unterstützt. Daneben werden Wege untersucht, die dazu geeignet sind, zusätzliche epidemiologische Informationen durch spezielle Studienansätze zu gewinnen. In diesem Zusammenhang wird von einer Arbeitsgruppe ein Vorschlag und ein Studiendesign zur Durchführung eines Anonymous unlinked testing erarbeitet. Weiterhin soll auch die Durchführbarkeit und der Nutzen von Sentineluntersuchungen sowie von Linked testing in begrenzten Populationen in die Überlegungen mit einbezogen werden.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen,

7.1.6.1

für die AIDS-Aufklärung die notwendigen Mittel für ein umfassendes und plurales Angebot weiterhin auch nach 1991 zur Verfügung zu stellen;

7.1.6.2

für die Weiterförderung der Modellprogramme und Projekte auch nach 1991 die Mittel in notwendigem Umfang zur Verfügung zu stellen, um sich entwikkelnde Strukturen nicht zu gefährden und um Auswertungen zu ermöglichen, soweit diese bis Ende 1991 nicht vorliegen, diese zu ermöglichen, damit die Länder in die Lage versetzt werden, über die Übernahme bzw. Weiterführung der Modellprogramme und Projekte zu entscheiden;

7.1.6.3

auch für die Zeit nach 1991 die erforderlichen Mittel für Forschungsprojekte zur Verfügung zu stellen, um auf neue Fragestellungen rasch reagieren sowie erforderlichenfalls den bisherigen Erkenntnisstand vertiefen und ihn entsprechend umsetzen zu können;

7.1.6.4

Verfahren zu entwickeln, die die Vergabe neuer Projekte transparenter machen;

7.1.6.5

die notwendige nationale Kooperation und internationale Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von AIDS zu verbessern.

7.1.6.6*)

7.1.6.7*)

---

*) Minderheitenvoten siehe Abschnitt D, Seite 373

7. Kapitel: Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS

Unterabschnitt 2: Modellmaßnahmen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten

Einleitung

Im Rahmen des 1986 von der Bundesregierung beschlossenen *Sofortprogramms zur AIDS-Bekämpfung* führt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in seinem Aufgabenbereich **Modellmaßnahmen zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten** durch.

In den vergangenen Jahren hat sich die ambulante und stationäre medizinische Versorgung schwerpunktmäßig auf 22 Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung (Behandlungsschwerpunkte) sowie auf einzelne Praxen niedergelassener Ärzte konzentriert. In den nächsten Jahren ist damit zu rechnen, daß zunehmend weitere Krankenhäuser und Praxen niedergelassener Ärzte die Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten übernehmen. Notwendig ist deshalb die rasche Übertragung von Erfahrungen aus Behandlungsschwerpunkten auf regionale Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte.

Bei dieser Ausgangslage haben sich für das Modellprogramm des BMA zwei zentrale Aufgaben ergeben:

— Soforthilfe zur Entlastung des Personals in den Behandlungsschwerpunkten durch Bereitstellung von zusätzlichem Personal und Geräten mit dem Ziel, die zusätzlich geschaffenen Personalstellen sukzessiv in die Regelfinanzierung der Krankenkassen zu überführen;

— Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme für Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte und Pflegepersonal, um im Hinblick auf eine weitere Ausbreitung der Krankheit eine qualifizierte medizinische Versorgung auch außerhalb der Behandlungsschwerpunkte sicherzustellen.

I. Bestandsaufnahme

Im einzelnen werden seit 1987 mit dieser Zielsetzung folgende Maßnahmen in Abstimmung mit dem Nationalen AIDS-Beirat und dem „Kuratorium AIDS" der Paul-Ehrlich-Gesellschaft als zuständiger Fachgesellschaft gefördert:

7.2.1 Soforthilfe zur Entlastung des Personals in den Behandlungsschwerpunkten durch Bereitstellung von zusätzlichem Personal und Geräten

7.2.1.1 Personelle und apparative Soforthilfe bei der stationären Versorgung in den Behandlungsschwerpunkten

Bis Ende 1989 wurden zur Entlastung des Personals an den 22 Behandlungsschwerpunkten (siehe Abbildung) 28 zusätzliche Arztstellen und 80 zusätzliche Stellen für Pflegekräfte mit knapp 13 Mio. DM gefördert. Außerdem wurden Geräte für die Therapie und Therapiekontrolle (z. B. Endoskope, Lungenfunktionsprüfungsgeräte, Beatmungsgeräte u. a.) für rd. 3 Mio. DM beschafft.

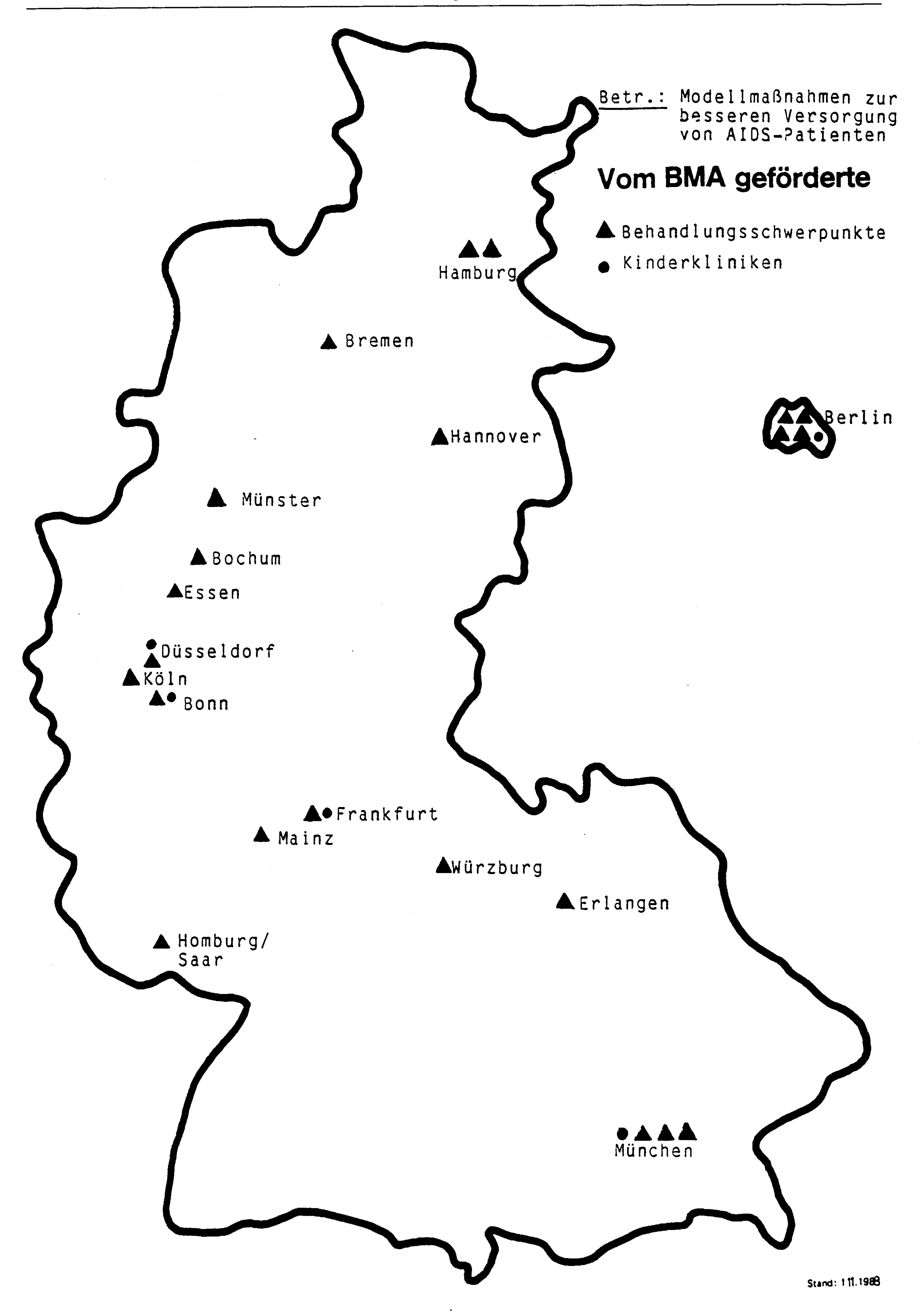
Der Förderung liegt als Stellenschlüssel für je 30 AIDS-Patienten eine zusätzliche Arztstelle und drei zusätzliche Pflegekraftstellen zugrunde. Der Stellenschlüssel wurde mit dem „Kuratorium AIDS" der Paul-Ehrlich-Gesellschaft, in dem die Leiter der Behandlungsschwerpunkte vertreten sind, und dem Nationalen AIDS-Beirat abgestimmt.

Durch Absprache mit den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen soll die Überführung der geförderten Stellen in die Regelfinanzierung gemäß einer Empfehlung vom 14. September 1989 schrittweise bis 1991 erreicht werden.

7.2.1.2 Personelle und apparative Förderung von Klinikambulanzen

Die AIDS-Ambulanzen der Behandlungsschwerpunkte haben von 1981—1988 mit ca. 11 000 HIV-Infizierten einen sehr großen Teil der Patienten betreut. Offensichtlich haben viele HIV-Infizierte ein besonderes Vertrauensverhältnis zu den Ärzten der spezialisierten Klinikambulanzen. Daher erforderte die zusätzliche Versorgungsaufgabe im Bereich der ambulanten Behandlung eine personelle Entlastung im Rahmen einer Soforthilfe sowie eine bessere apparative Ausstattung. Gleichzeitig sollte durch Verbesserung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten die Verweildauer bei der stationären Versorgung auf das medizinisch notwendige Maß begrenzt werden.

In den Klinikambulanzen der 22 Behandlungsschwerpunkte wurden bis Ende 1989 14 zusätzliche Stellen für Ärzte und 14 zusätzliche Stellen für Pflegekräfte mit Mitteln in Höhe von insgesamt 4 Mio. DM geför-


Betr.: Modellmaßnahmen zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten
Vom BMA geförderte
Behandlungsschwerpunkte
Kinderkliniken
Hamburg
Bremen
Berlin
Hannover
Münster
Bochum
Essen
Düsseldorf
Köln
Bonn
Frankfurt
Mainz
Würzburg
Erlangen
Homburg/ Saar
München
Stand: 1.11.1988

dert. Für je 200 ambulant zu versorgende HIV-Infizierte oder AIDS-Patienten erhalten die Klinikambulanzen bis zu 0,5 zusätzliche Arzt- und 0,5 Pflegekraftstellen. Außerdem wurden an fünf Kinderkliniken, die wenigstens 50 HIV-infizierte Kinder ambulant betreuen, jeweils ein Arzt und eine Kinderkrankenschwester zusätzlich finanziert.

Um die Übernahme der geförderten Stellen im ambulanten Bereich in die Regelfinanzierung zu sichern, empfehlen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin, zusätzliche Kosten für die ambulante Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken im Rahmen der Vergütung für ambulante Leistungen angemessen zu berücksichtigen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ist an die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Bitte herangetreten, die Fortführung der geförderten Maßnahmen sicherzustellen.

7.2.1.3 Ausbau der Labordiagnostik

Wegen des vermehrten Arbeitsanfalls der Labordiagnostik (Infektiologie, Parasitologie, Immunologie) wurden in den Behandlungsschwerpunkten in den Jahren 1987—1989 19 MTA-Stellen mit rd. 2 Mio. DM gefördert. Außerdem wurden Geräte für die Spezialdiagnostik wie Durchflußzytophotometer zur Bestimmung des T4/T8-Zellverhältnisses, Verbesserung der Nachweismöglichkeiten in der Immunologie und Infektiologie durch z. B. hochreine Werkbänke, Zentrifugen, Brutschränke sowie Gefrierkonservierung u. a. mit rd. 2 Mio. DM gefördert.

7.2.1.4 Aufbau einer rechnergestützen AIDS-Dokumentation (KLIMACS)

Im Auftrag des BMA wurde in Zusammenarbeit mit Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen, die bei der AIDS-Behandlung zusammenwirken (Innere Medizin, Neurologie, Dermatologie, Infektiologie) eine einheitliche Basisdokumentation erarbeitet. Mit dieser Dokumentation sollen die Behandlungsdaten der AIDS-Patienten und HIV-Infizierten unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Anforderungen als Teil der Krankenakte erfaßt werden, um die ambulanten und stationären Versorgungsleistungen in den Behandlungsschwerpunkten zu unterstützen. Durch eine teilweise automatisierte Abfassung von Arztbriefen soll überdies die Nachsorge sichergestellt und der Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten verbessert werden.

Im Zusammenwirken mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz wurde ein Datensicherheitskonzept erstellt. Es umfaßt neben der Forderung nach eingehender Aufklärung und schriftlicher Zustimmung des Patienten das Gebot, daß die gespeicherten Daten nur zur Versorgung der Patienten durch den behandelnden Arzt benutzt werden dürfen. Erst nach Überprüfung und Billigung der Software anhand des Datenschutz- und Datensicherheitskonzepts durch den Bundesbeauftragten und durch die Landesbeauftragten für den Datenschutz wird es den Behandlungsschwerpunkten für ihre Versorgungsaufgaben zur Verfügung gestellt. Von den Betroffenenorganisationen wird KLIMACS auch nach der Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten des Bundes abgelehnt. Ihre Kritik richtet sich gegen den möglichen Mißbrauch von Daten im Praxis- und Klinikalltag. Diesen Gefahren steht nach Ansicht der Betroffenenorganisationen kein Nutzen für die Behandlung der Patienten oder die Forschung gegenüber.

Zu den grundsätzlichen datenschutzrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit der Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten mit Hilfe von rechnergestützten Dokumentationssystemen wird auf das 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 5 **Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion,** verwiesen.

7.2.2 Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme für Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte und Pflegepersonal

Die seit Anfang 1987 vorliegenden Berichte aus den Behandlungsschwerpunkten hatten gezeigt, daß die Erfahrungen der USA mit den vielfältigen und schwierigen Begleiterkrankungen von AIDS, auch für die Bundesrepublik Deutschland galten. Außerhalb der Behandlungsschwerpunkte lagen geringe Erfahrungen in der personalintensiven ärztlichen und pflegerischen Versorgung von AIDS-Kranken vor. Andererseits verlangt die zunehmende Zahl von AIDS-Fällen die Einbindung weiterer Krankenhäuser in die Versorgung. Vor allem müssen niedergelassene Ärzte als Erstanlaufstelle der Infizierten mit den Problemen der ambulanten Versorgung dieser Patientengruppe vertraut gemacht werden.

Zu Beginn der Förderung stand daher die Notwendigkeit fest, neben der Soforthilfe eine Fortbildung von Krankenhausärzten, niedergelassenen Ärzten und Pflegepersonal zum Aufbau einer regionalen Versorgung der HIV-Infizierten und AIDS-Patienten zu fördern. Allerdings waren durch die Soforthilfe (siehe Punkt 7.2.1) rd. 24 Mio. DM, d. h. über 95 % der verfügbaren Mittel, gebunden, so daß nur zwei kleine Pilotprojekte in Nordrhein-Westfalen und Hessen durchgeführt werden konnten, um zu zeigen, daß dieser Weg der Fortbildung von Krankenhauspersonal und niedergelassenen Ärzten langfristig dazu beiträgt, die zunehmende Zahl von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten regional zu versorgen.

7.2.2.1 Fortbildung von Krankenhausärzten und Pflegepersonal in den Behandlungsschwerpunkten

Um Ärzte und Pflegepersonal mit der ärztlichen und pflegerischen Betreuung von AIDS-Patienten und HIV-Infizierten vertraut zu machen, müssen Ärzte und Pflegekräfte aus regionalen Krankenhäusern in den Behandlungsschwerpunkten in Form von *Hospitationsprogrammen* fortgebildet werden. Diese Fortbildung sollte in der Regel bei Ärzten sechs Monate und bei Krankenschwestern drei Monate betragen. Die Fortbildungsinhalte für das Krankenpflegepersonal wurden inzwischen vom „Kuratorium AIDS" der Paul-Ehrlich-Gesellschaft erarbeitet. Die Inhalte für

die ärztliche Fortbildung sollen bis Ende 1989 erstellt werden.

Eine erste Erprobung erfolgte 1987 in Form eines Pilotprojektes, bei dem 14 Ärzte und 14 Pflegekräfte von regionalen Krankenhäusern aus acht verschiedenen Städten in Nordrhein-Westfalen fortgebildet wurden. Die Fortbildung wurde unter anderem von den Behandlungsschwerpunkten in Berlin, Frankfurt und Hamburg übernommen.

7.2.2.2 Fortbildung von niedergelassenen Ärzten

In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Behandlungsschwerpunkt Frankfurt wird derzeit ein regionales Fortbildungsmodell für niedergelassene Ärzte als Pilotprojekt erprobt. Ärzte aus den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen werden in Kleingruppen (bis 15 Personen) eingeladen, gemeinsam Fragen der medizinischen Versorgung, der Beratung sowie der psychosozialen Begleitung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten zu diskutieren. Ziel ist es, niedergelassene Ärzte als Anlaufstelle für HIV-Infizierte zu qualifizieren, um eine wohnortnahe Versorgung der Patienten sicherzustellen.

7.2.3 Haushaltsansätze 1987 bis 1991

Für das Sofortprogramm zur AIDS-Bekämpfung wurden Gesamtmittel in Höhe von jährlich rd. 137 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Davon stehen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von AIDS-Patienten seit 1987 im Einzelplan 11 des Bundeshaushaltes Mittel in folgender Höhe zur Verfügung:

Jahr	geplante Mittel (Soll)	ausgegebene Mittel (Ist)
1987	5 Millionen DM	5,00 Millionen DM
1988	10 Millionen DM	9,14 Millionen DM*)
1989	10 Millionen DM	10,00 Millionen DM

*) Die Minderausgaben sind dadurch verursacht, daß einzelne Behandlungsschwerpunkte die bewilligten Stellen für Pflegekräfte nicht besetzen konnten und deshalb die Mittel am Jahresende zurückgaben.

Für die Haushaltsjahre 1990 und 1991 sind Mittel in Höhe von jeweils 10 Mio. DM vorgesehen. Nach der derzeitigen Finanzplanung soll das Förderprogramm Ende 1991 auslaufen.

II. Auswertungen

7.2.4 Soforthilfe zur Entlastung des Personals in Behandlungsschwerpunkten

Die Förderung von zusätzlich 42 Ärzten, 94 Stellen für Pflegekräfte und 19 Stellen für Laborpersonal in den 22 Behandlungsschwerpunkten und 5 Kinderkliniken in 9 Bundesländern hat nach Ansicht der Fachleute wesentlich dazu beigetragen, die Versorgung von heute fast 2 000 AIDS-Patienten, die zu einem großen Teil stationär behandelt werden, und der etwa 35 000 HIV-Infizierten zu sichern. Das gesetzte Ziel einer zeitlich begrenzten Entlastung des Personals wurde weitgehend erreicht.

Gleichwohl bedürfen Probleme in folgenden Bereichen einer dringenden Lösung:

— In einigen Behandlungsschwerpunkten, u. a. Berlin, München und Frankfurt, bestehen zunehmend Schwierigkeiten bei der Besetzung der bewilligten Stellen für Pflegekräfte. Die Lösung dieses Problems ist nur im Rahmen einer generellen Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Krankenpflege möglich. Die Tarifverträge 1989 können nur als ein erster Schritt zur Lösung dieses Problems angesehen werden.

— Um die zeitlich befristeten Fördermaßnahmen nicht zu einer institutionalisierten Förderung werden zu lassen, ist es erforderlich, die bisher erzielten Verbesserungen über die Pflegesätze abzusichern und die geförderten Personalstellen in die Stellenpläne zu überführen, wobei die Stellen an die noch immer steigenden Patientenzahlen anzupassen sind. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Empfehlung an die Landesverbände vorgeschlagen, bei den Verhandlungen vor Ort die Förderungsmaßnahmen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung schrittweise bis 1991 in die Regelfinanzierung zu überführen. Es kann jedoch trotz dieser Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen, die geförderten Stellen schrittweise zu übernehmen, nicht davon ausgegangen werden, daß die Pflegesatzverhandlungen 1989 in allen Behandlungsschwerpunkten zum gewünschten Erfolg geführt haben. Daher ist der Umfang der finanziellen Entlastung durch die Übernahme von Teilen des Sofortprogramms in die Pflegesätze noch nicht genau abzuschätzen. In welchem Umfang die Mittel für die bisher aufgeschobenen Förderungsmaßnahmen freiwerden können, läßt sich voraussichtlich erst Mitte 1990 beurteilen.

7.2.5 Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme

Wenngleich die Soforthilfe zur besseren Versorgung der AIDS-Patienten beigetragen hat, so sind künftig mehr regionale Behandlungsmöglichkeiten notwendig, um die steigende Zahl von HIV-Infizierten und

AIDS-Kranken zu bewältigen. Ohne eine Ausweitung der Versorgung durch weitere Krankenhäuser über die Behandlungsschwerpunkte hinaus und durch niedergelassene Ärzte ist dies nicht möglich. Voraussetzung hierfür ist die ausreichende Fortbildung und Qualifizierung von Ärzten und Pflegepersonal.

Die vorliegenden Konzepte orientieren sich dabei an folgenden Zielvorstellungen:

7.2.5.1 Ausweitung der Pilotprojekte

Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit den Pilotprojekten in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Hessen haben dazu beigetragen, die bisher zentral in den Behandlungsschwerpunkten erfolgte Versorgung von Patienten zu regionalisieren. Das Fortbildungsangebot für Krankenhausärzte und Pflegepersonal muß generell durch die Schulung niedergelassener Ärzte zur Versorgung und psychosozialen Betreuung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker ergänzt werden. Diese niedergelassenen Ärzte sollen als erste Anlaufstelle für HIV-Infizierte qualifiziert werden, um eine wohnortnahe Versorgung dieser Patientengruppe sicherzustellen. Darüber hinaus sollen besonders erfahrene Schwerpunktpraxen die ambulante Versorgung von AIDS-Patienten soweit wie möglich übernehmen. Weiterhin soll die Fortbildung zum Aufbau einer regionalen Versorgung von AIDS-Patienten und zu einer engeren Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Ärzten aus regionalen Krankenhäusern bei der Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten beitragen. Daher ist es wichtig, daß in den beiden Pilotprojekten gewonnenen Erfahrungen möglichst umgehend auf andere Versorgungsregionen übertragen werden. Vor allem in den Flächenstaaten wie Niedersachsen, Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein besteht ein dringender Bedarf für derartige Modellvorhaben.

7.2.5.2 Entwicklung weiterer Fortbildungs- und Beratungsangebote

7.2.5.2.1 Ausbau der konsiliarischen Beratung

Das Fortbildungsangebot der Ärzte muß durch Konsiliardienste ergänzt werden, wodurch jeder Behandlungsschwerpunkt für Ärzte umliegender Krankenhäuser und für niedergelassene Ärzte ein ständiges Beratungsangebot in allen Fragen der AIDS-Behandlung anbietet. Ursprünglich sollte der Aufbau eines Konsiliardienstes im Rahmen der Förderung der Behandlungsschwerpunkte erfolgen. Die Erfahrungen haben allerdings gezeigt, daß abgesehen von wenigen Ausnahmen, wie z. B. München und Berlin, die Personaldecke z. Z. in den Behandlungsschwerpunkten nicht ausreicht, um neben den eigentlichen Versorgungsaufgaben zusätzlich einen ständigen Konsiliardienst einzurichten. Es muß daher die Aufgabe der künftigen Förderung sein, durch die Fortbildung von zusätzlichem Personal einen entsprechenden Beratungsdienst aufzubauen. Das komplexe Krankheitsbild von AIDS stellt die Ärzte immer wieder vor neue Behandlungsprobleme (ungewöhnliche Krankheitsbilder, neue Therapieformen u. a.), für die nur in den Behandlungsschwerpunkten ausreichende Erfahrungen vorliegen. Diese sollen in Form der konsiliarischen Beratung von Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten im Einzelfall jeweils rasch zur Verfügung stehen.

7.2.5.2.2 Einrichtung von regionalen Arbeitsgruppen

Die zunehmende Zahl von AIDS-Patienten und HIV-Infizierten erfordert den Aufbau einer Infrastruktur, bei der Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte zusammenarbeiten. Aus den Erfahrungen im Bereich der Onkologie hat sich die Zusammenarbeit in Form von Arbeitsgruppen als besonders zweckmäßig erwiesen. In diesen Arbeitsgruppen, von denen bereits z. B. in Berlin und München Vorbilder existieren, arbeiten Krankenhausärzte aus den Behandlungsschwerpunkten und niedergelassene Ärzte zusammen, um Diagnose- und Behandlungsleitlinien auf der Basis des jeweiligen Wissensstands zu erarbeiten, die Behandlung von Patienten gemeinsam zu beraten und vorhandenes neues Wissen von den Behandlungsschwerpunkten möglichst rasch in die Region zu verbreiten. Der Aufbau derartiger Arbeitsgruppen sollte an möglichst allen Behandlungsschwerpunkten gefördert werden, um die zunehmenden Erfolge bei der Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten für die gesamte Versorgungsregion verfügbar zu machen; dieses scheitert z. Z. vielfach an Personal- und Raumproblemen.

7.2.5.2.3 Zusammenarbeit zwischen Behandlungsschwerpunkten und sozialen Diensten

Die prä- und poststationäre Betreuung von AIDS-Patienten erfordert eine enge und kontinuierliche Zusammenarbeit von Sozialstationen und anderen Einrichtungen der Hauspflege. Die ambulante wohnortnahe Betreuung ist wesentliche Voraussetzung dafür, daß die stationäre Behandlungsdauer der AIDS-Patienten weiter verringert werden kann und die Behandlungsschwerpunkte entlastet werden. Dabei sollen, soweit erforderlich, auch Sozialarbeiter als Koordinatoren eingesetzt werden, die mit den umliegenden Sozialstationen und anderen Stellen der ambulanten Hauspflege zusammenarbeiten, um die AIDS-Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt sofort in die häusliche Umgebung entlassen zu können. Das „Kuratorium AIDS" der Paul-Ehrlich-Gesellschaft erarbeitet derzeit ein Konzept für diese Zusammenarbeit, das in Kürze dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt wird. Nach Aussage eines Kuratoriumsmitglieds wird ein wesentlicher Teil dieser Empfehlung die Bereitstellung von Sozialarbeitern in den Behandlungsschwerpunkten beinhalten.

7.2.6 Ergebnis

Die bisher vorgesehene Förderungsdauer bis Ende 1991 reicht nicht aus, um dieses Bündel von aufeinander abgestimmten Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen realisieren zu können. Die bisherigen Erfahrungen mit anderen Modellprogrammen zeigen,

daß eine Mindestförderungsdauer von drei Jahren notwendig ist, um die Wirksamkeit der geförderten Maßnahmen nachzuweisen. Da die notwendigen Mittel erst durch die Überführung der Stellen aus dem Sofortprogramm in die Regelfinanzierung freigesetzt werden müssen, können die Fortbildungsmaßnahmen frühestens Mitte 1990 beginnen. Ergebnisse wären dann aber nicht vor 1993 zu erwarten.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen bzw. auf die Länder und entsprechende Institutionen, Organisationen und Verbände hinzuwirken,

7.2.7.1

die Finanzierung des Programms über 1991 hinaus sicherzustellen;

7.2.7.2

das Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramm für Krankenhausärzte, niedergelassene Ärzte und Pflegepersonal unter Beibehaltung der bisherigen Haushaltsmittel um zwei Jahre zu verlängern;

7.2.7.3

für eine wissenschaftliche Evaluation der Modellmaßnahmen Sorge zu tragen, um sie in ihrer Qualität zu sichern und die Übertragbarkeit der hier gewonnenen Erfahrungen auf die Versorgung von anderen chronisch Kranken zu prüfen;

7.2.7.4

den Aufbau eines Konsiliardienstes für Ärzte zu fördern;

7.2.7.5

dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März 1991 zu berichten, ab welchem Zeitpunkt die im Rahmen der Soforthilfe zur Entlastung des Personals geleisteten Förderungsmaßnahmen in die Regelfinanzierung überführt sind;

7.2.7.6

in die Fortbildungs- und Qualifizierungsprogramme auch Ärzte im Praktikum einzubeziehen;

7.2.7.7

auf eine weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Krankenpflege hinzuwirken, z. B. auf der Grundlage der Empfehlung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 4. Dezember 1989.

7.2.7.8 *)

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 374

8. Kapitel: AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland

I. Bestandsaufnahme

8.1 Forschungsförderung und Zusammenarbeit

Die AIDS-Forschung ist ein Gebiet voller Dynamik und schneller Veränderungen. Um dem gerechtzuwerden, ist ein hohes Maß an Flexibilität, mitunter auch eine neuartige Mentalität nötig. AIDS wirkt gewissermaßen als Vehikel, um die Struktur und Rahmenbedingungen der Forschung hierzulande auf's Neue zu überdenken; in bestimmten Disziplinen und Fachgebieten beginnt sich AIDS als neues Paradigma zu etablieren. Grundsätzlich gilt es dabei, die Qualität der Forschungsarbeit zu erhöhen und zu einem rationelleren Einsatz der Mittel beizutragen.

Beispielhaft wird im folgenden die Forschungsförderung des BMFT erötert; andere wesentliche Träger der Forschungsförderung (zahlreiche wissenschaftliche Institute des Bundes, der Länder sowie privater Organisationen und Unternehmen) bleiben dabei unberücksichtigt. Eingebettet ist die Förderung des BMFT in das ressortübergreifend langfristig angelegte Regierungsprogramm *Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit,* welches gemeinsam vom BMFT, BMA und und BMJFFG getragen wird (siehe hierzu 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS).** Ferner sind die bundesdeutschen Bemühungen zur AIDS-Bekämpfung abgestimmt mit internationalen Förderaktivitäten.

8.1.1 Forschungsförderung des BMFT

Ein großer Anteil wissenschaftlicher Arbeiten in der Bundesrepublik Deutschland wird mit der sogenannten institutionellen Finanzierung in Einrichtungen des Bundes und der Länder, in den Hochschulen und Industrielaboratorien geleistet. Hierzu gehören die Forschungsinstitute der Max-Planck-Gesellschaft, Großforschungseinrichtungen, wie z. B. das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Gesellschaft für Biotechnologische Forschung und die Gesellschaft für

Strahlen- und Umweltforschung; weiterhin das Bundesgesundheitsamt in Berlin und das Paul Ehrlich-Institut. Über die Deutsche Forschungsgemeinschaft gelangen Gelder des Bundes grundsätzlich in praktisch alle Bereiche der Hochschulforschung. Die Finanzierung der AIDS-Forschung erfolgt zunächst aus den regulären Etats der Institute, Laboratorien und Kliniken, deren Forschungsarbeiten üblicherweise weit über die AIDS-Problematik hinausgehen.

Der Förderschwerpunkt AIDS des BMFT im Rahmen des Regierungsprogramms *Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit* besteht seit rund 7 Jahren. Die Initiierung dieses Förderschwerpunktes war seinerzeit nur möglich, da in den für AIDS relevanten Bereichen der Grundlagenforschung bereits wissenschaftliche Kapazitäten und Infrastrukturen vorhanden waren. Die AIDS-Arbeitsgruppe des Robert-Koch-Institutes des Bundesgesundheitsamtes in Berlin wurde vom BMFT mit der Strukturierung und Koordinierung eines Förderprogrammes sowie der Mittelvergabe betraut.

Im Oktober 1983 erfolgte die erste Ausschreibung zum Bereich AIDS. Gefördert wurden damals insbesondere Arbeiten zur Diagnostik, aber auch zur Pathogenese und Ätiologie. Nach der Identifizierung des Erregers der HIV-Infektion (HTLV III, heute als HIV-1 bezeichnet) erweiterte man das Förderangebot: Impfstoffentwicklung, Chemotherapeutika und Tiermodelle. Seit 1985 werden Arbeiten zur weiteren Verbesserung der diagnostischen Verfahren, zur Therapie der HIV-Infektion selbst sowie charakteristischer opportunistischer Infektionen und Tumoren gefördert. Die Gesamtsumme der für naturwissenschaftliche Forschungsvorhaben bereitgestellten Mittel beträgt etwa 85 Mio. DM (kumulativ).

Ende 1988 wurden die Sozialwissenschaften in das AIDS-Förderprogramm des BMFT mit einbezogen (als Ergänzung zu den vom BMJFFG geförderten sozialwissenschaftlichen Forschungsprojekten). Diesbezügliche Studien sollen insbesondere dazu dienen, Strategien zur Erhöhung der Effektivität von präventivem Vorgehen (Präventionsforschung) zu entwickeln. Auch zur erfolgreichen Bewältigung psychischer und sozialer Schwierigkeiten von Betroffenen gelten solche Arbeiten als notwendig. In der ersten Sitzung des Gutachterausschusses im Mai 1989 wurden Vorhaben in einer Höhe von etwa 2 Mio. DM bewilligt. Für die darauffolgende Sitzung Ende 1989 hat man das Förderangebot ausgedehnt. Nach Angaben des Ministeriums beträgt die Gesamtsumme der für sozialwissenschaftliche Forschungsvorhaben bereitgestellten Mittel 7,6 Mio. DM (kumulativ). Das BMFT betrachtet die bereits geförderten oder geplanten epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Vorhaben als einen Ansatzpunkt zur Wiederbelebung der nahezu fehlenden Public-Health-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland.

Struktur der Forschungsorganisation

Das BMFT hat sich aufgrund der föderalen Strukturen und Traditionen in der Bundesrepublik Deutschland für ein Förderungsprogramm entschieden, bei dem die Initiative vom Wissenschaftler selbst ausgeht und Anträge auf Forschungsvorhaben einem strikten Begutachtungsverfahren (Peer review) unterzogen werden. Wiederholt wurde die Frage der effizientesten und primär an den wissenschaftlichen Notwendigkeiten organisierten Forschungsförderung mit den Wissenschaftlern sowie ihren Organisationen diskutiert. Nach Abwägung anderer Modelle sieht sich das BMFT darin bestärkt, die bisherige Projektförderung über das AIDS-Zentrum des Bundesgesundheitsamtes (BGA) fortzusetzen. In dem mit Mitteln des BMFT geförderten, dezentral angelegten, aber zu koordinierenden Programm, arbeiten über 100 Gruppen in unterschiedlichen Institutionen — bis hin zu Industrieunternehmen — in allen für die AIDS-Forschung relevanten Gebieten. Erwünscht ist, daß die Forschung im Bereich AIDS — wo immer möglich — ein integraler Bestandteil der Aktivitäten an Hochschulen und anderen ausgewiesenen Forschungseinrichtungen wird, was ein Überdenken der heutigen Aktivitäten in diesen Institutionen und die Festlegung neuer Prioritäten erfordert.

Das BMFT kann nach eigenen Angaben durch die Vergabe von Forschungsgeldern nur Anreize geben, um die Forschung auf wichtigen neuen Gebieten zu initiieren. Die Fördermaßnahmen des BMFT bedürfen der finanziellen Mithilfe der Länder. Die Länder sollten in den jeweiligen Einrichtungen für die entsprechende Grundausstattung Sorge tragen. Dies erfordert eine enge Abstimmung von Bund und Ländern. Die Finanzierung des BMFT ist nur Wegbereiter für neue Forschungsansätze, die langfristig von den Universitäten und Forschungsinstitutionen der Länder übernommen werden müssen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang aber auch Länderprogramme, die derartige Anstöße geben und wiederum auf Mithilfen des Bundes angewiesen sind.

Förderung der Zusammenarbeit

Mit der Fortschreibung des AIDS-Forschungsprogramms seit 1983 ist versucht worden, den Forderungen der wissenschaftlichen Gemeinschaft Rechnung zu tragen. So wurden die Forschungsziele in den einzelnen Ausschreibungen nach dem jeweiligen Wissensstand aktualisiert und in den Inhalten spezifiziert. Durch die Einrichtung von bisher sechs Verbundprojekten nach dem Modell von Sonderforschungsbereichen der DFG wurde dem Bedürfnis der Wissenschaftler nach stärkerer Kooperation in themenübergreifender Zusammenarbeit Rechnung getragen. Die beteiligten Gruppen bearbeiten interdisziplinär verschiedene wissenschaftliche Themen. Dabei erhofft man sich auch, daß durch die Bildung solcher dezentraler, aber koordinierter Forschungsschwerpunkte der deutsche Beitrag zur internationalen Forschungskooperation gestärkt werden kann. Arbeitsschwerpunkte in einzelnen Instituten werden u. a. vom Paul-Ehrlich-Institut, dem Georg-Speyer-Haus, von der

Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung und dem Heinrich-Pette-Institut angestrebt.

Als weiterer Ansatz, die nationale und internationale Zusammenarbeit zu fördern, sind am AIDS-Zentrum des BGA Informationsdienste eingerichtet worden: „AIDS-Nachrichten" und „project news". Damit wird versucht, regelmäßig über aktuelle Symposien, aber auch über die Ergebnisse von geförderten Projekten sowie generelle Forschungsmöglichkeiten zu informieren. Berichtet wird darin weiterhin über die AIDS-Programme anderer Länder — insbesondere jener, mit denen Kooperationsvereinbarungen auf dem Gebiet der AIDS-Forschung bestehen (EG, USA, Großbritannien, Frankreich, Japan und DDR). Die Kooperation wird darüber hinaus unterstützt durch die regelmäßige Veranstaltung von Workshops sowie Statusseminaren und Benennung von Koordinatoren für Teilbereiche der Forschung im Rahmen der internationalen Kooperation. Ergänzend zu den bestehenden Förderstrukturen und zur Schaffung neuer personeller Ressourcen in AIDS-relevanten und angrenzenden Bereichen ist ein AIDS-Stipendienprogramm eingerichtet worden.

Um die Wissenschaftskoordination zu fördern, befinden sich auf nationaler Ebene sogenannte zentrale Dienste im Aufbau (Testmöglichkeiten, Materialressourcen, Datenbank).

Fördermittel

Die Gesamtsumme der für den Forschungsschwerpunkt AIDS vom BMFT ausgegebenen und festgelegten Mittel beträgt nach Angabe des Ministeriums rund 115 Mio. DM (kumulativ). Davon stehen den einzelnen Teilbereichen der AIDS-Forschung folgende Anteile zu:

Stipendienprogramm	17,7 %
Vakzine-Entwicklung	12,5 %
Immunologie	12,2 %
Klinische Forschung	11,0 %
Pathogenese	10,4 %
Virologie	9,4 %
Entwicklung von antiviralen Substanzen	7,4 %
Diagnostik	7,0 %
Sozialwissenschaften (insgesamt)	6,6 %
Neuro-AIDS	2,7 %
Epidemiologie	2,1 %
Monoklonale Antikörper	1,0 %

8.1.2 Debatte über das Forschungswesen in der Bundesrepublik Deutschland

Die Grundlagenforschung zu AIDS wird überwiegend vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) finanziert, wobei das BGA als direkter Träger der AIDS-Forschungsförderung fungiert. Hinsichtlich der Förderverfahren stützen sich das BMFT und das BGA auf langjährige Erfahrungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Die DFG gilt als ein Modell für die Selbstorganisation der Wissenschaft. Dies bedeutet eine direkte Beteiligung der Wissenschaftler an der Definition und Bewältigung ihrer Arbeit im Sinne eines nicht dirigierten Programms nach dem Prinzip der Subsidiarität.

Zur Auswahl der AIDS-Vorhaben wird ein Peer-review-Verfahren eingesetzt. Die geförderten Arbeiten unterliegen einer ständigen Qualitätskontrolle. Ferner sind örtliche Verbundprojekte nach dem Muster von Sonderforschungsbereichen der DFG eingerichtet worden. In den USA, England und Frankreich sind zentrale Organisationsformen einer Forschungsförderung zu AIDS geschaffen worden, die von bundesdeutschen Wissenschaftlern wachsam verfolgt und eingehend diskutiert werden. So liegt die AIDS-Forschungsorganisation in den USA zentral in den Händen einer Reihe von Institutionen der National Institutes of Health (NIH). Diese Einrichtung ist wissenschaftlich hoch angesehen; ihr wird eine konfliktfähige Autorität zugesprochen (z. B. Durchsetzung vergleichbarer Protokolle, Meß- und Qualitätsstandards). An Fördermitteln kommen den NIH knapp 50 % der 1990 für die Schwerpunktförderung AIDS vorgesehenen Gesamtsumme von 1,6 Milliarden Dollar des Public-Health-Systems zu.

Vereinzelt gibt es inzwischen in der Bundesrepublik Deutschland Forschungsprojekte, die in enger Zusammenarbeit mit dem NIH erfolgen.

Kritik und Defizite aus der Sicht von Forschern

Vor dem Hintergrund einer zentralistisch organisierten Forschungsorganisation — wie etwa in den USA — erscheint einigen Wissenschaftlern die diesbezügliche Forschungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland nicht ausreichend effektiv. Sie hoben hervor, daß die AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland auf einzelnen Teilgebieten mittlerweile durchaus internationales Niveau erreicht habe, die nationale Forschungsleistung insgesamt derzeit jedoch nicht befriedigen könne. Zu häufig seien AIDS-bezogene Forschungsprojekte nicht einfallsreich genug, weder in der Zielsetzung noch in der experimentellen Durchführung. Ferner wird beklagt, daß Interdisziplinarität der Forschung weder auf der überregionalen Ebene des AIDS-Zentrums, noch in der wissenschaftlichen Arbeit an Universitäten und verschiedenen Forschungseinrichtungen konsequent gefördert werde. Nach Meinung verschiedener Wissenschaftler konnten in vergleichbaren westeuropäischen Ländern bei wiederum vergleichbarem Mittelaufwand insgesamt signifikantere Forschungsergebnisse erzielt werden, z. B. in Frankreich, England und Schweden. So wurden während der Anhörung u. a. strukturelle Unzulänglichkeiten, die einer besseren Mittelausnützung im Wege stehen, diskutiert. Einige Wissenschaftler schlugen vor, die AIDS-Forschungsförderung — etwa nach amerikanischem Vorbild — auch in der Bundesrepublik Deutschland zu zentralisieren: Einrichtung eines zentralen Steuerungskomitees, eines aufsichtsführenden Gremiums sowie themenbezogener wissenschaftlicher Arbeitsgruppen. Dem Vorstand dieses Steuerungskomitees käme ins-

besondere die Aufgabe zu, die Schwerpunktbildung und allgemeine Zielrichtung der klinischen und experimentellen AIDS-Forschung zu steuern. Weiterhin sollte er die Vorsitzenden der Arbeitsgruppen sowie die wissenschaftlichen Gutachter für Förderungsanträge benennen. Als Vorteil einer derartigen Steuerung gilt auch, daß jederzeit alle über alles informiert sind.

Demgegenüber betonten andere Forscher nachdrücklich, daß gerade auf dem Gebiet der AIDS-Forschung ein dezentral organisiertes Forschungswesen benötigt werde. Ihrer Ansicht nach ist Forschung im biologisch-medizinischen Bereich nicht spezifisch steuerbar, wie die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte gezeigt hätten. Wesentliche Erkenntnisse eines bestimmten Forschungsgebietes basierten meist auf wissenschaftlichen Aktivitäten, die primär nicht damit in Beziehung stehen: So beruhten wesentliche Ergebnisse der AIDS-Forschung auf der Entwicklung der Gentechnologie; diese wiederum wurzele in der Phagen- und Bakterienforschung der 40er und 50er Jahre. Ganz davon abgesehen, daß eine Zentralisierung der Forschungsförderung im Widerspruch zur bundesdeutschen Forschungstradition steht, wird auch befürchtet, daß eine starke zentrale Steuerung die Eigeninitiative und Kreativität der einzelnen Wissenschaftler hemmen könnte.

Insgesamt wird eine stärkere Koordination der Aktivitäten sowie die Etablierung von Verbundprojekten und themenbezogener, überregionaler Arbeitsgruppen befürwortet, eine durchweg zentralisierte Organisationsform jedoch von den meisten Forschern abgelehnt. Diese wissenschaftliche Koordination sollte von den Wissenschaftlern selbst, also von „unten nach oben" erfolgen. Im einzelnen wird angeregt, problemorientierte, interdisziplinäre Forschungsvorhaben durch entsprechende Anreizsysteme zu fördern. Es sollte versucht werden, durch enge Zusammenarbeit mit nationalen Fachgesellschaften, durch Errichtung eines nationalen Wissenschaftskomitees sowie flexible und unkonventionelle Formen universitärer bzw. außeruniversitärer Forschungskooperation hochqualifizierte Forschergruppen für die wissenschaftliche Arbeit zu gewinnen. Auch der internationale Forschungsaustausch erscheint den Forschern verbesserungsbedürftig: Aufbau geeigneter Kommunikationsformen, Programme des Wissenschaftleraustausches, vergleichbare Forschungsprotokolle, Datenverbund und Kongresse. Für die wichtigsten Themengebiete wird angestrebt, Arbeitsgruppen und zentrale Koordinatoren zu benennen, die bestimmte Bereiche der AIDS-Forschung aufeinander abstimmen, Informationen sammeln und weitergeben sowie gegenüber internationalen Partnern auftreten. Dabei sollten insbesondere folgende Gebiete abgedeckt werden: Vakzineentwicklung, Entwicklung von Anti-HIV-Substanzen, Molekularbiologie von Immundefizienzviren, Tiermodelle, Klinik der HIV-Infektion, Immunbiologie der HIV-Infektion, klinische Behandlungsstudien, Epidemiologie und die sozialwissenschaftliche Forschung. Besonders hervorgehoben wurde, daß die Koordination zwischen Wissenschaftlern und Industrie verbesserungsbedürftig ist (u. a. Bereitstellung von Reagenzien, Standardisierungen).

Darüber hinaus sind die Defizite der AIDS-Forschung einigen Wissenschaftlern zufolge dadurch bedingt, daß die Infrastruktur der Hochschulen, die von den Ländern finanziert werden, erhebliche Mängel aufweise. Häufig fehlten die notwendigen räumlichen und personellen Voraussetzungen, ferner ausreichende Laborkapazitäten sowie die notwendigen Sicherheitslabors. Es mangele zum einen an Grundausstattung, zum anderen auch an Flexibilität, um Forschungsprogramme von höchster Priorität bei rasch wechselnden Zielsetzungen abwickeln zu können. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang die Einrichtung von Lehrstühlen — zumindest aber Professuren — für Immunologie, Retrovirologie, molekulare Zellbiologie, experimentelle Pathologie, klinische Infektiologie, experimentelle Therapie, Public Health, Epidemiologie und Sexualwissenschaft an wissenschaftlichen Hochschulen. Betont wurde dabei auch, daß die Ausbildung qualifizierter Nachwuchswissenschaftler für die experimentelle, klinische, sozialwissenschaftliche und sonstige AIDS-Forschung an die Hochschulen gebunden sei.

Die bisherigen Förderungszeiträume werden von einigen Wissenschaftlern als zu kurz erachtet, um den komplexen Arbeitsgebieten der AIDS-Forschung gerecht zu werden. Neben einer allgemeinen Verlängerung der Förderungszeiträume sei darüber hinaus die vermehrte Vergabe von sogenannten Core grants erwünscht: weitgehend umfassende Bewilligungen mit einer Laufzeit von fünf Jahren.

Mit Blick auf Europa scheinen vermehrt Anstrengungen notwendig, Strukturen aufzubauen, die „europäische Konturen" tragen. Vor allem die klinische Prüfung von Arzneimitteln müsse stärker koordiniert werden. Ferner wurden wiederholt regelmäßige Treffen zu bestimmten Themen — auf nationaler wie auch europäischer Ebene — gefordert. Während der Anhörung ist die derzeitige Praxis, Mittel des BMFT durch das dem BMJFFG unterstehende BGA zu vergeben, als problematisch bezeichnet worden (Überschreitung der Grenze zwischen 2 Ministerien); erwünscht sei eine klarer definierte Verantwortlichkeit.

Kritik und Defizite aus der Sicht des BMFT

Das BMFT hält zusätzliche Anstrengungen insbesondere auf dem Gebiet der epidemiologischen Forschung für notwendig. Eine möglichst genaue Kenntnis über den Grad der bisherigen Ausbreitung des Erregers und die Rate der Neuansteckungen werden als Voraussetzung für die Ergreifung sinnvoller Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge betrachtet. Daher gelte es, die heutige Datenlage, unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Aspekte weiter zu verbessern. In enger Abstimmung mit dem BMJFFG wird zur Zeit geprüft, wie weit eine solide Basis für epidemiologische Forschung besteht oder neu geschaffen werden muß.

Die geförderten oder geplanten epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Vorhaben sollen auch dazu dienen, die Public-Health-Forschung hierzulande zu fördern. Das BMFT hat sich im Juli 1989 an die Kultus/Wissenschaftminister der Länder gewandt

und angeboten, den Aufbau eines leistungsfähigen Public-Health-Systems durch die Einrichtung von drei Schwerpunkten in der Bundesrepublik Deutschland zu unterstützen.

Um über mögliche Verbesserungen im Bereich der klinischen Forschung zu diskutieren, sind im Dezember 1988 Gespräche mit Vertretern deutscher Kliniken erfolgt. Beschlossen wurde dabei, einen Überblick über die in der Bundesrepublik Deutschland bereits laufenden sowie geplanten Therapiestudien zu erarbeiten. Ferner bestand Einvernehmen darüber, die Studien stärker zu koordinieren; die Kooperation der einzelnen Arbeitsgruppen ist in den klinischen Bereichen oft problematisch. Auf einem Folgetreffen im Juli 1989 wurde vereinbart, Workshops zu definierten Themen zu veranstalten, um regelmäßig Ergebnisse und aktuelle Fragen diskutieren zu können und, wenn möglich, gemeinsam Therapieempfehlungen zu erarbeiten.

Darüber hinaus sind besondere Anstrengungen in den Bereichen der Vakzine- und Therapeutikaentwicklung notwendig. Relevante Ansätze können hierbei nicht nur von den Wissenschaftlern in den Universitätsinstituten geleistet werden; auch die möglichst frühzeitige Einbindung der Industrie ist für die gezielte und erfolgreiche Entwicklung auf diesen Gebieten wesentlich.

8.1.3 Aktivitäten auf EG-Ebene

In der folgenden kurzgefaßten Darstellung wird auf die 1983 gegründete Arbeitsgruppe AIDS der EG-Kommission und deren thematische Schwerpunkte eingegangen; die Grundmechanismen der Forschungskoordination auf EG-Ebene werden dabei nicht eigens erläutert.

In der EG besteht seit Jahren ein Ausschuß für medizinische Forschung. Einzelne Disziplinen — Biologie, Epidemiologie, Medizintechnik und Gesundheitsforschung — werden in eigens eingerichteten Sektionen betreut. Ferner sind für die Themenbereiche Krebs und AIDS zwei Arbeitsgruppen gegründet worden. Die 1983 gegründete Arbeitsgruppe für AIDS der EG bearbeitet die vier folgenden Gebiete:

Epidemiologie und Prävention

Die hierfür gegründetete Project Management Group (PMG) beschäftigt sich im wesentlichen mit dem Auf- bzw. Ausbau des Europäischen Zentrums für AIDS-Epidemiologie in Paris. Dieses Zentrum arbeitet eng mit der WHO zusammen. Zusammengefaßt erfolgen dort Studien zu folgenden Themen: heterosexuelle Übertragung, Drogenabhängige, Infektion bei weiblichen Prostituierten, Übertragung von Mutter zu Kind, akzidentelle HIV-Exposition, mathematische Modelle sowie Präventionsstrategien.

Dem Zentrum in Paris wird zukünftig eine wachsende Bedeutung bei der Sammlung AIDS-relevanter Daten zukommen. Weiterhin wird konzeptionell an neuen Projekten zu verschiedenartigen Aspekten der Epidemiologie gearbeitet. Die AIDS-Epidemie hat wichtige Konsequenzen auch hinsichtlich der Epidemiologie anderer Infektionskrankheiten, was sich wiederum generell auf den Gesundheitssektor auswirken wird.

Grundlagenforschung

Die Arbeitsgruppe zur Grundlagenforschung befaßt sich vorrangig mit Primatenmodellen, weiterhin mit Erregern, die in Struktur und biologischen Eigenschaften den HI-Viren nahestehen (etwa SIV) sowie der Testung antiviraler Substanzen. Unterstützt werden zahlreiche Aktivitäten zur weiteren Erforschung der Immunpathologie, Immunogenese, HIV-Variabilität und der Wechselwirkung von HIV-Proteinen mit Zellmembranen. Ferner ist ein Service für genetische Analysen organisiert worden.

Zukünftige Tätigkeiten werden sich insbesondere auf die Wirkstoff- und Diagnostikaentwicklung, Tiermodelle, Pathogeneseforschung und Interventionsmaßnahmen beziehen.

Klinische Forschung

Die PMG zur klinischen Forschung hatte anfänglich Schwierigkeiten, sich zu etablieren. Inzwischen ist ein europäisches Zentrum für Therapieversuche bei Kindern eingerichtet worden. Weltweit ist eine Kampagne durchgeführt worden, um darauf hinzuweisen, daß sich bei der HIV-Infektion in der Mundhöhle frühzeitig charakteristische Manifestationen finden können (Frühdiagnostik, z. B. nekrotisierende Gingivitis). Geplant sind zahlreiche Aktivitäten, insbesondere zur Behandlung der HIV-Infektion bzw. des Vollbildes von AIDS.

Im Bereich der klinischen Forschung ist zukünftig mit einem wachsenden Bedürfnis nach Testung potentieller AIDS-Therapeutika zu rechnen. Eine europäische Koordinierung ist allerdings problematisch, da zahlreiche Länder die Wirkstoffe in eigenem Vorgehen testen.

Vakzine gegen AIDS

Die Projektgruppe „European Vaccine against AIDS" (EVA) ist erst vor kurzem — zusätzlich zum Arbeitsgebiet der Grundlagenforschung — etabliert worden, um koordinierte Maßnahmen hinsichtlich einer Impfstoffentwicklung gegen AIDS vornehmen zu können.

Budget

Die Gesamtsumme für medizinische Forschung des CGC ist im Fünfjahresprogramm bis 1991 festgelegt und beträgt 65 Mio. ECU. Davon kommen dem AIDS-Programm 14 Mio. ECU zu. Die Arbeitsgruppe AIDS ist gebeten worden, Vorschläge für das medizinische Programm der Jahre 1991 bis 1995 zu machen. Die

Höhe der vorgeschlagenen Mittel beträgt für diesen Zeitraum etwa 80 Mio. ECU.

Es gibt auch Nicht-EG-Länder, die sich finanziell — als assoziierte Mitglieder — an Projekten der verschiedenen Projektgruppen (PMGs) beteiligen, wie etwa Finnland, Norwegen, Schweden und die Schweiz.

8.1.4 Zur Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat nach der Ersten Internationalen AIDS-Konferenz 1985 in Atlanta, ein Treffen mit Experten aus der ganzen Welt einberufen. Die Notwendigkeit der HIV-Ausbreitung weltweit koordiniert entgegenzutreten, war offenkundig: Der WHO wurde empfohlen, ein globales AIDS-Programm einzurichten. Als spezialisierte Unterorganisation der Vereinten Nationen ist die WHO dafür verantwortlich, internationale Aktivitäten im Gesundheitsbereich anzuleiten und zu koordinieren (siehe hierzu auch 9. Kapitel **AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt).** Das Global Programme on AIDS (GPA), wesentliches Instrument der WHO, verfolgt vereinfacht drei Ziele:

— Vermeidung der Ausbreitung der Infektion,

— Verminderung der negativen persönlichen und sozialen Folgen von AIDS sowie

— Zusammenführung und Koordination der nationalen und internationalen Anstrengungen.

Ende 1989 arbeitete das GPA mit 157 Ländern zusammen, um wirksame und umfassende nationale AIDS-Programme zu fördern. Das Budget des GPA beläuft sich derzeit auf ungefähr 90 Mio. Dollar im Jahr; es hängt insbesondere von den Zuwendungen großer Industrienationen ab.

Als wesentliche Aufgabe, die von der WHO zukünftig zu bewältigen ist, gilt die Stärkung der nationalen AIDS-Programme. Dies wird in Entwicklungsländern nur dann möglich sein, wenn die jeweiligen Programme verstärkt in die bestehenden Basisgesundheitsprogramme integriert werden. Auf nationaler Ebene erscheint der WHO eine vermehrte Dezentralisierung der Programme wünschenswert, um das Engagement von Bürgerinitiativen und Selbsthilfeorganisationen zu fördern. Weiterhin wird daran gearbeitet, die Effektivität der Strategien zur Vermeidung der HIV-Infektion und zur Verhinderung negativer Auswirkungen von AIDS zu verbessern. Erwünscht ist, die Wirksamkeit nationaler AIDS-Programme sowie der weltweiten Strategie gegen AIDS messen zu können. Dazu müssen zunächst entsprechende Instrumentarien entwickelt und Kapazitäten bereitgestellt werden.

Vorrangig muß dafür Sorge getragen werden, daß weltweite Zusammenarbeit und internationale Solidarität gewährleistet sind. Es ist davon auszugehen, daß die Herausforderungen der 90er Jahre noch größeres Engagement, intensivere Kontakte und gegenseitige Unterstützung verlangen.

Besonders hervorgehoben wurde während der Anhörung, daß eine tiefe Kluft zwischen armen und reichen Nationen auch im Bereich AIDS aufzubrechen droht: Obwohl auch die Gesundheitssysteme der Industrieländer hart von dieser Epidemie getroffen werden, hat es den Anschein, daß sie, wenn auch mit Mühe, die Aufgabenstellung meistern können. Die neuen therapeutischen Ansätze werden jedoch in Entwicklungsländern, wo heute noch viele Menschen an Erkrankungen sterben, die leicht behandelbar wären, auf absehbare Zeit zu teuer sein. Daher wurde während der Anhörung ein eindringlicher Appell an die Bundesrepublik Deutschland gerichtet, nicht die Mittel für die Entwicklungsländer deshalb zu kürzen, weil sich hierzulande die erste Aufregung über AIDS gelegt hat.

8.2 Grundlagenforschung: Virologie, Immunologie, Molekularbiologie, Gentechnologie, Tiermodelle

Über die Ergebnisse der bundesdeutschen Forschungsprojekte im Bereich der Grundlagenforschung wird regelmäßig auf dem Deutschen AIDS-Kongreß, dem Internationalen AIDS-Kongreß sowie Tagungen der jeweiligen Fachgesellschaften berichtet. Darüber hinaus werden die wissenschaftlichen Ergebnisse des Förderschwerpunktes AIDS des BMFT auf Statusseminaren vorgetragen. Diese Foren sollen dazu dienen, eine Bilanz der bislang geleisteten Arbeit zu ziehen sowie gemeinsame Strategien zur Entwicklung von Therapeutika, diagnostischen Verfahren und Impfstoffen zu entwickeln. Das BMFT gibt regelmäßig Berichte über diese Statusseminare heraus. Dort sind die jeweiligen Forschungsergebnisse der geförderten Vorhaben zusammengefaßt. (4. Bericht des Bundesministers für Forschung und Technologie: **AIDS — Eine Herausforderung an die Wissenschaft,** Juni 1990).

Im folgenden wird über besondere Ziele und Defizite in diesem Bereich berichtet, die von verschiedenen Wissenschaftlern während der Anhörung hervorgehoben wurden.

8.2.1 Spezielle Ziele und Defizite

8.2.1.1 Pathogeneseforschung und Tiermodelle

Man ist übereinstimmend der Auffassung, daß der Pathogeneseforschung hierzulande zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden muß. Letztlich liege darin der Schlüssel zum Verständnis der HIV-induzierten Krankheiten und ihrer gezielten Therapie. Die Pathogeneseforschung wird sich neben In-vitro-Systemen vermehrt auf Tiermodelle stützen müssen. Außer den Primatenmodellen hat sich in der Bundesrepublik Deutschland bislang keine weitergehende Entwicklung abgezeichnet. Modellstudien an anderen Tierarten, insbesondere kleineren Versuchstieren sind erforderlich. Als vorrangig gilt z. B. die Erarbeitung eines Modells in immundefizienten Mäusen (SCIT-Mäuse). Weiterhin wird empfohlen, auch die veterinärmedizinische Forschung stärker einzubeziehen: Untersuchungen natürlich vorkommender Lenti-

viruserkrankungen, wie FIV der Katze oder der Visna-Maedi-Infektion der Schafe.

Tiermodelle gelten auch für die weitere Vakzine- und Therapieentwicklung als unabdingbar. Aufgrund der zahlreichen potentiellen Behandlungsansätze erscheint eine entsprechende Planung und Koordinierung von Tierversuchen unerläßlich. Betont wurde während der Anhörung, daß ohne konsequente Anwendung moderner molekularbiologischer Methoden sowie einer begrenzten Anzahl von Tierversuchen auch an Affen eine rasche Weiterentwicklung dieses wichtigen, biomedizinischen Forschungsgebiets nicht möglich sein wird.

8.2.1.2 Herstellung von Reagenzien, Kooperation mit der Industrie

Erwünscht ist, daß die Herstellung synthetischer Peptide und Oligonukleotide, Sequenzierungen, Virus- oder Bakterienlysaten in engerer Zusammenarbeit mit der Industrie erfolgt. Allgemein scheint es diesbezüglich sinnvoll, die Industrieförderung an die Förderung von Wissenschaftlern zu koppeln — dem ursprünglichen BMFT-Prinzip folgend. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, daß Forscher Zugang zu Geräten und Serviceeinrichtungen der Industrie erhielten. Dabei auftretende Rechtsunsicherheiten müßten allerdings durch eine juristische Beratungsstelle abgeklärt werden. Überlegenswert erscheint ferner, jenen Forschern, die über kein Sicherheitslabor verfügen, einen entsprechenden Zugang zu verschaffen (zentrale Koordinierung).

8.2.1.3 Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Von entscheidender Bedeutung für die zukünftige AIDS-Forschung ist die verstärkte Förderung junger Wissenschaftler. Gefordert wurde die vermehrte Vergabe von Stipendien für Doktoranden sowie für Forschungsarbeiten im Ausland mit anschließender Wiedereingliederung in die Bundesrepublik Deutschland. Dafür müßten allerdings attraktive Stellen geschaffen werden, die jungen Wissenschaftlern Perspektiven eröffnen.

8.3 Sozialwissenschaften

Die Förderung sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung steht in der Bundesrepublik Deutschland erst am Anfang. Mit einem zeitlichen Abstand von mehreren Jahren folgt sie der naturwissenschaftlichen und klinischen AIDS-Forschung nach, da sie später in die Förderprogramme aufgenommen worden ist. Zur Bewältigung von AIDS und zur Prävention dieser Krankheit sind alle sozialwissenschaftlichen Disziplinen gefordert. Dabei geht es im einzelnen um die

- *Primärprävention* (Gestaltung und Durchführung von Kampagnen zielgruppenspezifischer Prävention),
- *Sekundärprävention* (Untersuchungen zu den psychischen und sozialen Einflüssen auf den Verlauf der HIV-Infektion sowie Möglichkeiten der Bewältigung — einschließlich Psychoimmunologie) und
- *Tertiärprävention* (Struktur und Organisation der Betreuung und Versorgung von Erkrankenden und Erkrankten).

Für alle präventiv angelegten Interventionen gilt, daß fortlaufend eine Prozeß- und Ergebnisevaluation erfolgen sollte. Die Sozialwissenschaften haben nach dem Auftreten von AIDS — ohne staatliche Förderung aus dem Wissenschaftsbetrieb heraus — schnell und multidisziplinär auf die politisch zur Lösung anstehenden Probleme reagiert. Da AIDS nahezu alle Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens und seiner Organisation berührt, sind neben der Präventionsforschung die Politikwissenschaften, besonders die Sexualwissenschaften, Sozialpädagogik und Gemeindepsychologie, gefordert. Anfänglich haben die verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen — nicht zuletzt aufgrund tagespolitischer Notwendigkeiten — unmittelbar anwendungsorientierte Forschung betrieben. Allmählich konnte dieses Spektrum erweitert werden: So folgten Analysen anderer schwerwiegender „Gesundheitsprobleme" und entsprechend relevanter gesellschaftlicher sowie gesundheitspolitischer Bedingungen in anderen Ländern, ferner historische Vergleiche. Unterdessen ist inzwischen die sozialwissenschaftliche Grundlagenforschung im eigentlichen Sinne in Gang gekommen. Auf diesem Weg leistet die AIDS-Forschung zunehmend einen Beitrag zur Public-Health-Forschung. Gefördert wird diese theoriebezogene, grundlagenorientierte AIDS-Forschung überwiegend vom BMFT im Rahmen des Programms *Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit*. Die stärker anwendungsorientierte sozialwissenschaftliche Forschung wird vom BMJFFG gefördert, wie aus dem 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS** hervorgeht.

8.3.1 Förderung sozialwissenschaftlicher Projekte, allgemein

Im Dezember 1988 erfolgte die erste öffentliche Bekanntmachung über die Förderung sozialwissenschaftlicher Forschungsvorhaben seitens des BMFT. Im Mai 1989 fand die erste Gutachtersitzung statt; die zur Förderung empfohlenen Vorhaben haben Ende 1989 bzw. Anfang 1990 mit ihrer Arbeit begonnen.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens der im BMFT-Schwerpunkt eingereichten Forschungsvorhaben ergaben sich Schwierigkeiten, da sich Überschneidungen mit mehreren Projekten, die bereits vom BMJFFG seit 1987 gefördert wurden, nicht ausschließen ließen. Daher gilt es als wünschenswert, daß bei der Forschungsförderung für die unerläßliche Transparenz sowie einen intensiven Erfahrungsaustausch über aktuelle Projekte gesorgt wird.

Strittig ist unter den Sozialwissenschaftlern, wie die Forschungsförderung idealerweise organisiert werden soll. Dabei werden im wesentlichen zwei Meinungen vertreten: zum einen wird das bundesdeutsche System der Projektförderung über Ministerien gutgeheißen, während andere — vor allem mit Verweis auf

die USA — eine starke Zentralisierung wünschen. Wie sich während der Anhörung herausgestellt hat, ist das derzeit praktizierte Verfahren mit einem Sachverständigenkreis offenbar eine adäquate Lösung zwischen Zentralität und Eigeninitiative (dieser Sachverständigenkreis nimmt überwiegend Projektanträge entgegen, regt vereinzelt solche aber auch an). Um die strukturellen Bedingungen sozialwissenschaftlicher Forschung zu verbessern, wird vorrangig eine stärkere Koordination befürwortet. Im besonderen gilt, eine „Forschungsintegration" zu entwickeln, die dem Spektrum der sozialwissenschaftlich relevanten Disziplinen — etwa Sexualwissenschaft bis zur Gesundheitsökonomie, Politikwissenschaft bis zur Evaluationsforschung — gerecht wird. Diskutiert wird der Aus- bzw. Aufbau einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitspolitik im Sinne der Disziplin Public Health als Wissenschaft in anderen Ländern. Erwünscht ist ferner, häufiger Folgeprojekte an eingearbeitete Gruppen zu vergeben, um die notwendige Kontinuität der wissenschaftlichen Arbeit zu gewährleisten.

Als ein wesentliches Defizit wird das weitgehende Fehlen einer sozialepidemiologischen Forschungstradition hervorgehoben. So erscheint eine stärkere Einbindung sozialwissenschaftlicher Methoden in die epidemiologische Erforschung der HIV-Ausbreitung unerläßlich. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland wird generell als unzureichend kritisiert.

8.3.2 Präventionsforschung

Beim gegenwärtigen Stand des Wissens ist die Verhütung von Neuinfektionen mit HIV die wichtigste gesundheitspolitische Möglichkeit, die zukünftige Anzahl von AIDS-Kranken geringzuhalten. Folglich kommt den verschiedenen Formen der Prävention — in Theorie und Praxis — eine wesentliche Bedeutung zu. Es hat sich bereits gezeigt, daß durch differenzierte zielgruppenspezifische und lebensweisebezogene Aufklärungskampagnen gute Erfolge erzielt werden können. Dieses neue Gebiet der Gesundheitspolitik wird von den Förderprogrammen des BMFT und BMJFFG berücksichtigt und soll als integrales Feld der Public-Health-Forschung und Public-Health-Praxis weiter ausgebaut werden. Dabei erscheint es sinnvoll, vermehrt relevante — darunter auch historische — Beispiele für den Umgang mit Infektionskrankheiten, gesundheitsschädigendem und -förderndem Verhalten systematisch zu erforschen. So lassen sich möglicherweise Lernprozesse, die zur Bewältigung von AIDS notwendig sind, verkürzen. Bei vielen Maßnahmen, die bislang in westeuropäischen Staaten gegen die Ausbreitung der HIV-Infektion unternommen worden sind, ist man Vorbildern aus den USA gefolgt. In einigen Fällen erscheint dies allerdings nicht sinnvoll, weil die Sozialstruktur und die allgemeinen Gesundheits- oder Sozialversorgungssysteme nicht vergleichbar sind.

8.3.3 Sexualwissenschaftliche Forschung

In den meisten der bereits vorliegenden sexualwissenschaftlichen Studien sind Verhaltensänderungen — vornehmlich homosexueller Männer — untersucht worden. Daher gilt der Kenntnisstand über das infektionsrelevante Sexualverhalten dieser Gruppe als relativ hoch. Die wissenschaftliche Bearbeitung von vielfältigen, über diesen Aspekt hinausgehenden Fragestellungen wird jedoch als unzureichend angesehen. Noch nicht ausreichend ist der Kenntnisstand über bisexuelle Männer und besondere Problemgruppen; darüber hinaus die Szene der Heterosexualität, insbesondere die sogenannten Zonen mit verdichtetem Risiko (etwa Freier, Disco-People, Swinger, Sextouristen und andere Personen mit erhöhter Promiskuität, siehe auch 5. Kapitel **Zielgruppenspezifische Prävention,** Unterabschnitt 6 **Prävention und Tourismus**. Es sollte aber nicht nur sexualwissenschaftlich fundierte Primärprävention erfolgen, vielmehr sind auch die Auswirkungen von AIDS auf das Sexualverhalten zu untersuchen. Noch nicht hinreichend erforscht ist die Auswirkung von AIDS auf die sexuelle Sozialisation von Jugendlichen und die Bildung sowie Stabilität von Partnerschaften, besonders wenn ein Partner HIV-positiv ist. Weiterhin ist nichts Systematisches darüber bekannt, was den Verzicht auf bestimmte Sexualpraktiken bzw. was die regelmäßige Kondombenutzung erleichtert bzw. erschwert.

Generell gilt, daß fortlaufend Untersuchungen zum Sexualverhalten in der Bevölkerung — insbesondere Jugendlicher, promisker Heterosexueller sowie männlicher und weiblicher Prostituierter — erfolgen sollten. Die ständige Aktualisierung des Kenntnisstandes erscheint notwendig. Dabei wird davon ausgegangen, daß zukünftige Studien differenzierter als bisher zu gestalten sind.

All diesen — generell wünschenswerten — sexualwissenschaftlichen Forschungsaktivitäten liegt nach Auffassung einiger Experten jedoch ein gewisses Risiko zugrunde: Derartige wissenschaftliche Analysen können sich leicht zur Kontrollforschung entwickeln, die nicht Verständnis mit der Aussicht auf Hilfe in den Vordergrund stellt, sondern eine Kontrolle invasivpädagogischer Art oder, wenn es sich um HIV-Positive handelt, auch juristischer Art. So befindet sich sexualwissenschaftliche Forschung immer auf der Gratwanderung zwischen ihrem geforderten Beitrag zur Effektivierung der Prävention (die Forderung nach belastbaren Daten) und den Schwierigkeiten des Persönlichkeitsschutzes ebenso wie des informationellen Selbstbestimmungsrechtes.

Akzeptanz sexueller Verhaltensänderungen

Beobachtbar sind vielfältige emotionelle und kognitive Barrieren, die sexuellen Verhaltensänderungen — darunter auch der Verwendung von Kondomen — entgegenstehen. Solche Änderungen des sexuellen Verhaltens sind durch AIDS notwendig geworden. Eine genauere Kenntnis derartiger Widerstände und Umstände könnte die Aufklärung über die Verwen-

dung von Kondomen vermutlich wirkungsvoller gestalten.

Systematische Untersuchungen liegen hierzu bislang nicht vor. Daher erscheint die Bearbeitung folgender Fragestellungen sinnvoll:

— Welche soziokulturellen Voraussetzungen sind dem Kondomgebrauch hinderlich, welche förderlich?

— Welche situativen Faktoren können den Kondomgebrauch behindern (Alkohol, Drogen, Schwierigkeiten bei Beschaffung von Kondomen sowie deren korrekte Anwendung)?

— Wie können Umsatz/Vertriebszahlen bei entsprechenden Analysen berücksichtigt werden?

Zur psychotherapeutischen Betreuung von Betroffenen

Nach bisherigen Erfahrungen wird davon ausgegangen, daß bei vielen HIV-Infizierten und an AIDS Erkrankten der Wunsch nach qualifizierter psychotherapeutischer Begleitung besteht, dem offenbar in den bisher verfügbaren Einrichtungen nicht ausreichend nachgekommen werden kann.

Zur psychotherapeutischen Betreuung von Helfern

Auch im stationären und pflegerischen Bereich erscheinen vermehrt entlastende psychotherapeutische Angebote notwendig. Dabei wird diskutiert, ob dies in Form eines Modellprojektes ermöglicht werden sollte.

8.3.4 Psychologische und sozialpsychologische Forschung

Auch die psychologische Forschung befaßt sich mit Fragen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von AIDS. Verschiedene Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung der HIV-Infektion sowie zur Betreuung und psychotherapeutischen Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken werden derzeit durchgeführt. Durch die Beobachtung und Betreuung von HIV-Infizierten haben sich folgende Fragen ergeben:

— Welcher Zusammenhang besteht zwischen den hirnorganischen Beeinträchtigungen HIV-Infizierter und der psychischen Verarbeitung der HIV-Diagnose?

  Psychologen fürchten, daß gegenwärtig das Erfassen der psychoreaktiven Seite von neurologisch erhebbaren hirnorganischen Befunden abgedrängt wird. Hier scheinen sich zunehmend Abgrenzungsschwierigkeiten zu entwickeln, weshalb ein erheblicher Forschungsbedarf formuliert wurde. Dies setzt jedoch eine entsprechende Kooperation von Psychologen, Psychiatern und Neurologen voraus.

— Wie wird die Diagnose einer HIV-Infektion von den Betroffenen psychisch verarbeitet?

— Welche Faktoren tragen zum subjektiven Wohlbefinden bzw. zu einer gelungenen Verarbeitung bei?

— Inwieweit wird der Verlauf der HIV-Infektion durch psychoimmunologische Vorgänge beeinflußt bzw. wie läßt sich das Immunsystem durch psychosoziale Intervention stärken?

— Wie läßt sich die Schwierigkeit lösen, daß die Helfer (Pflegepersonal, Betreuer, Ärzte) zunehmend unter Überlastungen leiden und gefährdet sind, sogenannte Burn-out-Symptome zu entwickeln?

8.3.5 Sozioökonomische Forschungsansätze

Untersuchungen über die sozialen und wirtschaftlichen Folgen von AIDS werden vorgenommen, um abschätzen zu können, wie sich kontinuierlich eine sachgerechte medizinische und soziale Versorgung von HIV-Infizierten gewährleisten läßt. Weiterhin können mit Hilfe solcher Analysen psychosoziale, soziokulturelle, politische und wirtschaftliche Voraussetzungen für wirksame Präventionsmaßnahmen erkannt werden. Auch außerhalb des Gesundheitswesens, etwa auf dem Arbeitsmarkt und in dem Sozialleistungssystem, zeigen sich soziale und wirtschaftliche Auswirkungen von AIDS. Möglicherweise können so auch langfristige Entwicklungen der sozialen und ökonomischen Folgen von AIDS methodisch fundiert abgeschätzt und idealerweise günstig beeinflußt werden. Ausführbar erscheinen derartige Studien jedoch nur im Rahmen einer Gesundheitssystemforschung, bei der Mediziner, Sozialwissenschaftler und Ökonomen zusammenarbeiten.

Derzeit wird eine Studie durchgeführt, die den verschiedenen Forschungsansätzen in Europa zum Thema „Ökonomische Aspekte von AIDS und HIV-Infektionen" nachgeht. Diese Analyse erfolgt im Auftrag des Komitees für konzertierte Aktionen für die Gesundheitsforschung (COMAC-HSR) der Europäischen Gemeinschaft und wird vom MEDIS-Institut, einer Abteilung der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, Neuherberg, vorgenommen. Erste Ergebnisse einer Arbeitstagung werden demnächst veröffentlicht.

Die WHO hat in Europa mehrere Studien zu den sozioökonomischen Folgen von AIDS veranlaßt. Übergreifend wird dies im Projekt „Szenarien zu den sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von AIDS" bearbeitet. (Siehe hierzu auch 7. Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS** Unterabschnitt 1 **Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben, Projekte und Kooperation des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit** unter Punkt 7.1.3.18).

8.3.5.1 Wirtschaftliche Aspekte

Ökonomische Analysen können bei AIDS nur im Zusammenhang mit der epidemiologischen Entwicklung sowie demographischen, sozialen und politischen Aspekten erfolgen. Folgenabschätzungen auf der Basis einer letztlich unbekannten HIV-Infektionsrate sind problematisch. Bisher verfügbare Analysen über die stationäre und ambulante Versorgung von HIV-Kranken weisen deutliche regionale Unterschiede auf. Daher wird eine fortlaufende Prüfung des Versorgungsbedarfs und seiner Abgleichung mit vorhandenen Gesundheitsversorgungssystemen als notwendig betrachtet.

Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen (meist aus den USA) über die direkten Leistungen und daraus resultierenden Kosten von AIDS im Rahmen einer stationären Versorgung vor. Erste Abschätzungen gibt es auch zu den Kosten der ambulanten Versorgung, der Prävention, regionalen und nationalen Aufwendungen. Aufgrund verschiedener institutioneller, aber auch konzeptioneller Voraussetzungen sind sie oft schwer miteinander vergleichbar bzw. auf andere Bedingungen übertragbar wie z. B. andere Sozialleistungssysteme. Erschwerend kommen Kostenveränderungen durch Änderungen des Behandlungsregimes — etwa der Trend zur Frühbehandlung HIV-Infizierter — hinzu.

Abschätzungen der indirekten Kosten von AIDS — Auswirkungen auf die volkswirtschaftliche Produktion sowie sogenannte gesamtgesellschaftliche Belastungen — werden vielfach eingesetzt, jedoch in ihren bisherigen Ausführungen oft bezweifelt. Zur Zeit scheinen aus der Sicht von Krankenversicherungen und Regierungen verschiedenen Finanzierungsfragen keine herausragende Bedeutung zuzukommen. Erörterungen über mögliche Ausgrenzungskriterien bei Lebens- und Krankenversicherungen sowie Versicherungsmöglichkeiten von HIV-Infizierten weisen jedoch darauf hin, diesen Sektor gesundheits- und sozialpolitisch nicht außer acht zu lassen.

Mit Hilfe von Szenarien kann versucht werden, künftige ökonomische Folgen abzuschätzen (Mathematisches Institut der Universität Köln, Fakultät für Physik der Universität Bielefeld u. a.). Hierzu ist im MEDIS-Institut eine Szenariensoftware entwickelt worden. Erwünscht ist, Szenarienansätze weiter auszubauen, mit größerem empirischen Gehalt zu versehen und in ihren Anwendungen zu erproben. Sogenannte Folgeszenarien zu AIDS werden vom MEDIS im Rahmen einer Studie für das BMJFFG durchgeführt. Dem Konzept zufolge wird versucht, Stand der Folgenforschung, Ausarbeitung von Szenarien für ausgewählte Fragestellungen und Möglichkeiten der wissenschaftlichen Unterstützung gesundheitspolitischer Planungen zu verbinden.

8.3.5.2 Soziale Aspekte

AIDS läßt keine sozialen Beziehungen innerhalb der Gesellschaft unberührt. Neben der Analyse von sozialen Auswirkungen, kommt dem sozialen Abstieg und der sozialen Diskriminierung besondere Bedeutung zu. Daher ist es insbesondere wünschenswert, HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Innerhalb einzelner Betriebe bedeutet dies

- verstärkte Aufklärung zur Toleranz,
- Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit und
- gegebenenfalls Schaffung neuer Arbeitsbedingungen, die dem Gesundheitszustand der Betroffenen gerecht werden.

Notwendig erscheinen Studien, die Auskunft über Ausmaß und Struktur der Arbeitslosigkeit unter HIV-Infizierten geben. Ebenso bedeutsam sind Untersuchungen, die die Inanspruchnahme des Sozialsystems aufzeigen.

Auch über die soziale Diskriminierung im Zusammenhang mit der HIV-Infektion gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bislang kaum empirische Studien, weder über direkt Betroffene, noch über Partner, Angehörige sowie Personal im Gesundheitswesen. So können soziale Auswirkungen — wie Diskriminierung, Isolierung, Abstieg — für die Betroffenen bei der Wohnungssuche zu zusätzlichen Belastungen ohnegleichen führen. Durch den zu erwartenden Anstieg der Zahl von HIV-Kranken wird der Bedarf an geeigneten Wohnungen steigen; ferner werden besondere Wohnprojekte, die den sozialen, psychischen und medizinischen Erfordernissen der Betroffenen gerecht werden, benötigt. Daher gelten sozialempirische Erhebungen zur besseren Einschätzung des zukünftigen Wohnungsbedarfs als erforderlich (quantitativ und qualitativ). Es ist wünschenswert, daß bei aufwendigen Wohnprojekten fortlaufend eine wissenschaftliche Begleitforschung erfolgt.

Als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Prävention wird auch die Besserstellung und Entdiskriminierung von Hauptbetroffenen (Drogenabhängige, Homosexuelle, Prostituierte) angesehen. Dies hat zu besonderen Forschungsaktivitäten geführt: Es wurden Analysen der Lebensumstände und Verhaltensweisen von Hauptbetroffenengruppen erstellt. Die größten Verhaltensänderungen im Hinblick auf Safer-Sex-Praktiken konnten bislang bei Homosexuellen festgestellt werden. Als notwendig gilt die weitere Erforschung der Lebenswirklichkeit von Betroffenen und deren Handlungsspielräume, was wiederum als Voraussetzung für den von der WHO beschriebenen Präventionsansatz bei der jeweiligen Befindlichkeit anzusehen ist. Dadurch können sich Hinweise ergeben, ob strukturelle bzw. institutionelle Hilfen von Nöten sind.

Auch in der Allgemeinbevölkerung sollten Verhaltensänderungen fortlaufend beobachtet werden. In diesem Zusammenhang scheint die Aufmerksamkeitsschwelle für die AIDS-Problematik wesentlich: Systematische Aufklärungskampagnen sollten dafür sorgen, daß die Beachtung AIDS-bezogener Themen in der Bevölkerung nicht nachläßt. Langfristig angelegte Studien scheinen notwendig, um den Verlauf von allgemeinen Aufmerksamkeitszyklen zu analysieren.

Drogenabhängigkeit

Bei Drogenabhängigen geht es nicht nur um AIDS-Beratung. Das Ziel ist vielmehr: die Zusammenführung von Drogenhilfe, AIDS-Prävention und schlichtweg einfacher Lebenshilfe, was zweifellos auch unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden sollte (siehe hierzu auch unter 8.6.2).

Prostitution

Wissenschaftliche und soziale Analysen sind ebenso in dem Bereich der Prostitution notwendig:

- Die Bedeutung der Prostitution als potentielle Infektionsquelle wird zukünftig wahrscheinlich zunehmen; epidemiologische Daten für eine genauere Abschätzung der Ausbreitung der HIV-Infektion sind hierzulande kaum vorhanden, im Vordergrund steht zur Zeit die sogenannte Beschaffungsprostitution;
- AIDS kann zu einer verstärkten Diskriminierung von Prostituierten führen.

Eine Minderung der Diskriminierung von Prostituierten könnte zu einer Zunahme von selbstbewußten, professionellen Prostituierten führen.

Schichtenspezifität

Untersuchungen aus den USA deuten darauf hin, daß bei homosexuellen, nicht intravenös drogenabhängigen Männern die Prävalenz der HIV-Infektion mit höherer Schichtenzugehörigkeit abnimmt, bei niedriger Schulbildung eine höhere HIV-Prävalenz zu finden war. Dieser Unterschied ließ sich nicht nur durch das Sexualverhalten erklären. Falls auch in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt wird, daß mit sinkendem Sozialstatus die HIV-Prävalenz zunimmt, müßten die derzeitigen Präventionsmaßnahmen überdacht werden. Gemeinhin erscheint es notwendig, die bisherigen Präventionsangebote zu prüfen, ob sie Personen aus unteren Sozialschichten in gewünschter Weise erreichen. Die sozialen Schichten der Bundesrepublik Deutschland sind freilich nicht mit jenen der USA gleichzusetzen.

8.3.6 Forschung im Bereich des Gesundheitswesens

Zur Vorbereitung und Verbesserung von Präventionsmaßnahmen werden Studien benötigt, die vor Beginn einer Kampagne das bereits vorhandene Wissen oder das Verhalten bestimmter Gruppen analysieren. Derartige Planungshilfen dürfen jedoch nicht zum verzögerten Einsatz von generell als notwendig erachteten Kampagnen führen.

Relevante Forschungsergebnisse oder zumindest -ansätze aus der Medizin, Pharmakologie, Soziologie oder Ökonomie sind idealerweise in aussichtsreiche gesundheitspolitische Maßnahmen umzusetzen. Dies hängt allerdings von den jeweiligen politischen und institutionellen Vorbedingungen ab. Bereits aus anderen Bereichen vorliegende Analysen über institutionelle Voraussetzungen für die erfolgreiche Durchführung von politischen Maßnahmen gelten für die AIDS-Problematik als hilfreich. Die Untersuchungen legen nahe: AIDS-relevante Maßnahmen sollten nicht nur medizinisch und epidemiologisch sinnvoll, politisch konsensfähig und finanzierbar sein, sie müssen vorzugsweise institutionell zu bewerkstelligen sein.

Forschung im Bereich der Gesundheitspolitik, die zur Durchführung und Evaluation verschiedener Maßnahmen beitragen will, hat vielfältige Bezugspunkte, internationale und nationale, gruppen- sowie individualspezifische; all jene gilt es zu berücksichtigen. Vielfältige Fragen bedürfen zunehmend auch auf internationaler Ebene der Klärung:

- Unter welchen Umständen können gemeinsame europäische Maßnahmen sinnvoll und sogar notwendig sein?
- Besteht auf EG-Ebene ein Handlungsbedarf bezüglich einer an die epidemiologische Beobachtung anknüpfende Folgenabschätzung?

Auch Vergleiche des AIDS-Managements in verschiedenen Großstädten Europas erscheinen lohnenswert.

8.3.7 Evaluationsforschung

Wissenschaftlich fundierte Methoden der Bewertung (Evaluation) von Maßnahmen und Projekten gelten als unabdingbar. Bei Modellprogrammen des Bundes und der Länder ist — als Sonderform der Evaluation — eine externe, unabhängige, wissenschaftliche Begleitforschung erwünscht, um die Leistungfähigkeit der Maßnahmen (z. B. Prävention, psychosoziale Intervention und Krankenversorgung im engeren Sinne) zu prüfen. Generell fehlt eine übergreifende Evaluation: die Analyse des Zusammenhangs verschiedener Maßnahmen. Sinnvoll erscheint darüber hinaus, bereits etablierte Hilfssysteme im medizinischen und psychosozialen Bereich auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Befürwortet wird ebenso eine Selbstevaluation von Gruppen, die als private Organisationen entstanden sind. Ihre Leistungen und Nützlichkeit lassen sich sonst kaum adäquat einschätzen.

Angestrebt wird eine sorgfältige Evaluationsforschung, bei der die Ziele der Intervention und die Indikatoren methodisch einwandfrei erfaßt werden. Seitens der Forscher wird diesbezüglich jedoch bemängelt, daß bislang keine Chance zur systematischen Theorie- und Methodenentwicklung gegeben war. Vielmehr: Der Zeitaufwand für eine systematische Methodenentwicklung und die Arbeitsbelastung einer Evaluation wird in der Regel unterschätzt. Bei Maßnahmen gegen AIDS bleibt offenbar häufig keine andere Wahl, als mit irgendeiner Maßnahme zu beginnen und die Evaluation später anzuschließen.

8.4 Epidemiologische Forschung, national — international

Die Epidemiologie, insbesondere die Sozial- und die Infektionsepidemiologie sind in der Bundesrepublik Deutschland weitgehend vernachlässigt worden. So konnte die epidemiologische Forschung nach dem Auftreten von AIDS kaum auf eine bereits vorhandene Infrastruktur — auf trainierte Epidemiologen, erfahrene Infektiologen bzw. ausreichende interdisziplinäre Zusammenarbeit — zurückgreifen. Um von dem anfänglichen Krisenmanagement nun zum Gesundheitsmanagement zu kommen, hat sich die Kommission u. a. mit folgenden Fragen befaßt:

— Wie genau muß die Anzahl der HIV-infizierten Menschen nach sozialen Merkmalen, Gruppen und Regionen bekannt sein, um Präventionskampagnen und AIDS-Management sinnvoll betreiben zu können?

— Sind die bislang in der Bundesrepublik Deutschland angewandten Methoden ausreichend, ausbaubar oder unzureichend, um das epidemiologische Geschehen der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung in gewünschter Weise zu beobachten?

— Die Epidemiologie als Personalfrage: Werden die bereits erhobenen Daten — aufgrund personeller Engpässe — nur unzureichend ausgewertet bzw. nicht im Zusammenhang interpretiert?

— Besteht auf dem Sektor der Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland ein derartiger Nachholbedarf, daß die epidemiologische Ausbildung und Wissenschaft grundsätzlich als verbesserungsbedürftig anzusehen sind? Sollten generell Lehrstühle für Epidemiologie/Infektionsepidemiologie eingerichtet werden, um eine abgestufte und mit anderen Disziplinen (biomedizinischen, sozialwissenschaftlichen) vernetzte Grundlagenforschung zu etablieren?

— Inwieweit steht das epidemiologische Monitoring mit den jeweils aktuellen therapeutischen Fortschritten in Beziehung? Welchen Einfluß hat etwa der Trend zu Frühbehandlung von HIV-Infizierten auf die Diskussion über die Epidemiologie?

Im *Zwischenbericht* der Kommission ist die Epidemiologie bereits erörtert worden, vor allem die verschiedenen Aktivitäten des Bundesgesundheitsamtes. Die im Verlauf der weiteren Kommissionsarbeit diskutierten epidemiologischen Themen werden — den *Zwischenbericht* ergänzend — dargestellt.

8.4.1 Epidemiologische Forschung, national

Das epidemiologische Geschehen der HIV-Infektion sowie von AIDS wird fortlaufend vom AIDS-Zentrum des BGA dokumentiert. Dabei stützt es sich zur Zeit im wesentlichen auf folgende Quellen:

— freiwillige Meldung der AIDS-Fälle an das Nationale AIDS-Register des Bundesgesundheitsamtes,

— anonyme Laborberichtspflicht,

— Testung der Blutspender,

— Testangebot für Schwangere,

— Testangebot für Rekruten,

— Kohortenstudien und

— Vergleich mit der Entwicklung klassischer Geschlechtskrankheiten.

Die aus diesen Untersuchungen resultierende Datenlage kann die epidemiologische Situation nur grob beschreiben. Die tatsächliche Ausbreitung der HIV-Infektion, längerfristige Trends und Prognosen lassen sich aufgrund dieser Basisdaten nicht sicher beurteilen. Über die in der Bundesrepublik Deutschland verfügbaren — bzw. nicht verfügbaren — Daten zur Verbreitung der HIV-Infektion gibt es unter den Vertretern der Disziplin Epidemiologie eine Kontroverse.

Während der Anhörung wurde von Vertretern der zuständigen Bundesbehörde (AIDS-Zentrum des BGA) erklärt, daß die deskriptive Epidemiologie der HIV-Infektion und von AIDS in den westlichen Ländern, in den ihr durch Beachtung der Persönlichkeitsrechte gesetzten Grenzen, Daten zusammengetragen hat, die ein für die Bewertung der meisten drängenden epidemiologischen Probleme hinreichend genaues Bild des Istzustandes gebe. Für längerfristige Prognosen, für ein besseres Verständnis der Epidemie und vor allem für die Entwicklung von Interventionsstrategien sind, Vertretern der zuständigen Bundesbehörde zufolge, zusätzliche Kenntnisse erforderlich.

Demgegenüber stellten Vertreter dieser Disziplin aus der Wissenschaft höhere Ansprüche: Sie bezeichneten die bisher verfügbaren Untersuchungsansätze, wie Registrierung der AIDS-Fälle, Berichtspflicht für positive HIV-Bestätigungstests und die Daten der Blutspendedienste, als unzureichend, um die zeitlichen Trends der Prävalenz der HIV-Infektion in der Gesamtbevölkerung abzuschätzen und allgemeine präventive Strategien zu entwickeln. Als Kritik wurde vorgetragen, daß die HIV-Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland bislang eher im Sinne einer Medizinalstatistik interpretiert werde, anstatt einen Forschungsschwerpunkt mit wissenschaftlich fundiertem Projektmanagement festzulegen.

Einigkeit besteht darüber, daß in grobem Umfang ein epidemiologisches Monitoring notwendig ist. Daher sollte ein epidemiologisches Frühwarnsystem mit empfindlichen Sensoren entwickelt werden, um die Entwicklung neuer Trends frühzeitig erkennen und rechtzeitig gegensteuern zu können. Unumstritten ist, daß die wesentlichen Parameter zur Beschreibung der HIV-Verbreitung die Prävalenz und deren Änderung über die Zeit sind.

Aktivitäten der GMDS

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik (GMDS) betrachtet als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, die methodischen Prinzipien sowie die Inhalte der Epidemiologie,

der Biometrie, der Medizinischen Statistik und der Medizinischen Informatik weiter zu entwickeln und anzuwenden. Namhafte medizinische Biometriker der Bundesrepublik Deutschland sind Mitglieder dieser Gesellschaft.

Die verfügbaren Datenquellen über das epidemiologische Geschehen der HIV-Infektion wurden kritisch analysiert und die Notwendigkeit und mögliche Zielrichtung weitergehender Forschungskonzepte aufgezeigt. Um brauchbare Informationen über die allgemeine Entwicklung der HIV-Ausbreitung in der Bundesrepublik Deutschland zu erhalten, hat die GMDS die Durchführung von Studien mit Unlinked testing vorgeschlagen. Mit Unterstützung des BMJFFG wird inzwischen von einer Arbeitsgruppe geklärt, welche Bevölkerungsgruppen sich für eine solche Methode eignen. Berücksichtigt werden dabei insbesondere: die Anonymität, Repräsentativität, strukturelle Stabilität der untersuchten Gruppe im Verlauf der Zeit sowie die Verfügbarkeit demographischer Rahmendaten.

8.4.1.1 Blutspendewesen

Seit 1985 sind vom DRK-Blutspendedienst 1,6 Mio. Blutspender wiederholt untersucht worden; die durchschnittliche Spendefrequenz betrug 6—7 Monate. Der Anteil von Spendern mit positivem HIV-Antikörpertest (z. B. Western Blot) je 100 000 Spenden nahm in den ersten Jahren rasch ab. Im weiteren Verlauf sind diese Raten konstant niedrig geblieben. 1988/89 lagen die Gesamtraten zwischen 0,5 und 1,6 HIV-Antikörper-Positiven je 100 000 Spenden/Spendern. Seit Jahren werden Programme durchgeführt, um Personen mit einem besonderen Infektionsrisiko von einer Blutspende abzuhalten (positiv selektierte Gruppe).

Nach den Untersuchungen der DRK-Blutspendedienste liegt die Inzidenz von HIV-Infektionen in der Gruppe der Blutspender bei Frauen unverändert um 0, bei Männern um 1 je 100 000, allerdings hier mit leicht steigender Tendenz.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung HIV-Antikörper-positiver Blutspender entspricht den Daten der Laborberichtspflicht mit ihrem Schwerpunkt bei jungen Männern. Mehr als 90 % gehören zu den Hauptbetroffenengruppen oder sind Sexualpartner von sogenannten Risikopersonen. Allerdings hat sich der Übertragungsmodus bei Blutspendern im Laufe der Zeit verschoben: homosexuelle Kontakte und intravenöser Drogenabusus nehmen relativ und absolut ab. Die wenigen Blutspender, bei denen sich heute ein positiver HIV-Antikörpertest findet, haben sich meist durch direkten Kontakt zu sogenannten Risikopersonen infiziert.

Die aus der Testung von Blutspendern resultierenden Daten werden trotz fortbestehenden Kritiken (ungenügende epidemiologische Aussagekraft, positiv selektierte Gruppe) als brauchbares Mittel für die Epidemiologie angesehen. Die gegenwärtig verfügbaren Daten dokumentieren jedoch nicht die gesamte Blutspendepopulation.

8.4.1.2 Mathematische Modellrechnungen

Mit Hilfe von mathematischen Modellen versuchen verschiedene Arbeitsgruppen, die mögliche weitere Ausbreitungsdynamik der HIV-Infektion zu beschreiben. Um eine Vorstellung über mögliche Phasen einer HIV-Ausbreitung entwickeln zu können, wurde im Rahmen eines mathematischen Modells die Bevölkerung — anhand von spezifischem Sexual- und Drogenverhalten — in verschiedene Gruppen eingeteilt: homosexuelle Männer, intravenös Drogenabhängige, sogenannte Beschaffungsprostituierte, professionelle Prostituierte, Männer mit Prostituiertenkontakt, bisexuelle Männer, heterosexuelle Frauen und Männer, Hämophile und Kinder. Die berechneten Simulationen eines möglichen Verlaufs der HIV-Ausbreitung beschreiben — kaskadenförmig — vier Phasen:

- 1. Phase: sogenannte Hauptbetroffene (homosexuelle Männer, intravenös Drogenabhängige und sogenannte Beschaffungsprostiuierte),
- 2. Phase: bisexuelle Männer sowie Männer mit Kontakten zu i. v.-drogenabhängigen Prostituierten,
- 3. Phase: heterosexuelle Frauen, deren Partner HIV-infiziert sind,
- 4. Phase: Rückkopplungseffekt in den Gruppen der heterosexuellen Frauen und Männer.

Aus der Sicht der Mathematiker sollte die Ausbreitung der HIV-Infektion nicht ausschließlich mit statistischen Mitteln beschrieben werden; auch die dynamische Struktur der Ausbreitung sei zu berücksichtigen. Diese Dynamik führt dazu, daß zu unterschiedlichen Zeiten verschiedene Infektionswege dominant werden.

Wesentliches Ziel derartiger Modellrechnungen ist weiterhin, zukünftige Fallzahlen innerhalb gewisser Bandbreiten zu prognostizieren.

Grundsätzlich können mathematische Modelle nicht den tatsächlichen Verlauf einer Epidemie beschreiben. Als Nutzen solcher Modelle und Computersimulationen gilt insbesondere, daß besser beurteilt werden kann, welche Angaben zum epidemiologischen Monitoring der HIV-Ausbreitung benötigt werden und welche Art von Daten frühzeitig Trendänderungen anzeigen. Kritisiert wird an mathematischen Modellen derzeit im wesentlichen, daß die den Berechnungen zugrunde gelegten Annahmen nicht als gesichert betrachtet werden können (z. B. Simulationen auf der Basis einer gleichbleibenden Infektionsrate während der Lebenszeit eines HIV-Infizierten). Vor einem unkritischen Einsatz von epidemiologischen Modellen oder Computersimulationen wird gewarnt, da sie aufgrund des derzeit mangelhaften Wissens hinsichtlich der notwendigen Basisdaten zu gefährlichen Fehlschlüssen führen können. Erst zukünftige, sorgfältig geplante und durchgeführte Studien können die Daten bereitstellen, die erforderlich sind, um die Modelle selbst zu evaluieren, und dann zu validen Prognosen beizutragen.

Der Prozeß der Meinungsfindung zu diesem Thema ist vielgestaltig und nicht abgeschlossen.

8.4.1.3 Ziele und Defizite

Bei der epidemiologischen Forschung gibt es einen Komplex von Zielkonflikten: Die genaue Kenntnis der HIV-Verbreitung, das informationelle Selbstbestimmungsrecht, der Datenschutz und die Zumutbarkeit der Forschung für die Betroffenen sind derzeit unvereinbar.

Für längerfristige Prognosen, für ein besseres Verständnis der Epidemie und vor allem für die Entwicklung von Interventionsstrategien sind jedoch zusätzliche Erkenntnisse erwünscht über

- Art und Größe der Populationen mit Infektionsrisiko,
- Häufigkeit infektionsträchtiger Ereignisse,
- Effektivität der Ansteckung pro infektionsträchtigem Ereignis,
- Faktoren, die die Effektivität der Ansteckung bei Ansteckendem und potentiell Angestecktem beeinflussen,
- Häufigkeit des Vorliegens solcher Faktoren,
- Analyse der bisher erfolgten Ausbreitung,
- Ablauf der HIV-Infektion und
- Effekte therapeutischer Intervention.

Die Erforschung der Epidemiologie der HIV-Infektion und von AIDS sowie Abschätzungen der künftigen Entwicklung werden insbesondere dadurch behindert, daß sozio- und sexualdemographische Kenntnisse fehlen. In den Designs epidemiologischer Studien sind zuwenig soziale Variablen (etwa Schichtenspezifität, Szenenzugehörigkeit) enthalten. In diesem Zusammenhang wurde während der Anhörung hervorgehoben, daß epidemiologische Forschung in Kleinarbeit mit vielen Studien erfolgt, deren Ergebnisse erst später zusammengeführt werden. Übereinstimmend wurde betont, daß für das Fach Epidemiologie — auch in der Ausbildung von Ärzten — zunächst ein Bewußtsein geschaffen werden muß.

Aktuell werden Wert und Eignung verschiedener epidemiologischer Maßnahmen diskutiert, um den Kenntnisstand über die Ausbreitung der HIV-Infektion zu verbessern. Diese sollten eine Verfälschung der Untersuchungsergebnisse durch Selbstselektion möglichst verhindern. Nur auf der Basis solcher belastbaren Daten erscheinen Trendanalysen sicher. Zur Zeit wird geprüft, inwieweit zusätzliche und fortlaufende Untersuchungen in klar umschriebenen Gruppen (Sentinel populations, z. B. Unfallpatienten, schwangere Frauen) für epidemiologische Aussagen erfaßt werden können. Mit Hilfe von Studien in geeigneten, relativ kleinen Sentinel populations kann versucht werden, den Ablauf der HIV-Ausbreitung in der Gesamtbevölkerung darzustellen. Ein weiterer Ansatz sind Untersuchungen von Sentinel populations, in denen am ehesten eine Ausbreitung der HIV-Infektion erwartet wird (z. B. ausgewählte Krankenhauspatienten, Seren von Verstorbenen bestimmter Altersgruppen, Seren von Alkoholtests). Veränderungen in den beobachteten Prävalenzen können die Ausbreitung sichtbar machen. Inwieweit im Rahmen solcher Studien die Methode des Unlinked testing aussagekräftige Angaben erbringt bzw. welche Mindestdaten notwendig sind, wird ebenso untersucht. Im Auftrag des BMJFFG/BGA erfolgen derzeit wiederholte Befragungen einer Zufallsstichprobe niedergelassener Ärzte, deren Patienten dabei als Sentinel populations fungieren. Von derartigen Längsschnittuntersuchungen erhofft man sich aussagekräftige Daten zur Inzidenz im zeitlichen Verlauf.

In einer bereits begonnenen, europäischen prospektiven Studie wird die heterosexuelle HIV-Übertragung untersucht, insbesondere die Effektivität der Ansteckung und sie beeinflussende Faktoren.

8.4.2 Epidemiologische Forschung, international

Die Verteilung der an die WHO zum 1. September 1989 gemeldeten AIDS-Fälle geht aus der nachfolgenden Abbildung hervor. Während demnach der amerikanische Kontinent weitaus am stärksten betroffen scheint, wird angenommen, daß dieses Bild die Wirklichkeit stark verzerrt. In westlichen Ländern werden vermutlich 80 bis 90% der tatsächlich vorkommenden Fälle registriert, in Entwicklungsländern hingegen — insbesondere in Afrika — wird wahrscheinlich nur ein kleiner Prozentsatz der AIDS-Fälle gemeldet; vielfach wird die Erkrankung überhaupt nicht diagnostiziert.

Um das Ausmaß und die Folgen der HIV-Ausbreitung richtig einschätzen zu können, ist eine Vorstellung vom Ausbreitungsmuster und der Ausbreitungsgeschwindigkeit entwickelt worden. Die WHO hat folgende, vereinfachte Ausbreitungsmuster von HIV identifiziert (siehe auch 9. Kapitel **AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt**).

Ausbreitungsmuster Typ I

Tritt in Ländern auf, in denen die Ausbreitung der HIV-Infektion als Epidemie Ende der 70er oder Anfang der 80er Jahre begann; Hauptbetroffene sind vor allem homosexuelle Männer und Personen, die sich intravenös Drogen injizieren. Dieses Ausbreitungsmuster findet sich in industrialisierten westlichen Ländern wie den USA, Westeuropa und Australien.

Ausbreitungsmuster Typ II

Tritt in Ländern auf, in denen die Ausbreitung der HIV-Infektion als Epidemie Mitte der 70er Jahre begann. Der wesentliche Übertragungsmodus ist heterosexueller Geschlechtsverkehr wie z. B. in Afrika südlich der Sahara und Haiti.

Ausbreitungsmuster Typ III

HIV ist erst kürzlich in diese Länder eingeschleppt worden. Ein Ausbreitungsmuster ist noch nicht erkennbar und die Prävalenz der HIV-Infektion ist insgesamt sehr niedrig, z. B. UdSSR, Osteuropa, Indien, Südost- und Ostasien und Nordafrika.

Die WHO schätzt, daß weltweit 5 bis 10 Millionen Menschen mit HIV infiziert sind, die Mehrzahl davon in Afrika. Dementsprechend ist bereits heute mit weltweit mehr als 500 000 AIDS-Fällen kumulativ zu rechnen. Zum 31. März 1990 waren weltweit 237 110 Vollbildfälle der WHO gemeldet; für Afrika rund 52 000, aus Nord- und Südamerika rund 150 000, aus Asien 618, aus Europa rund 32 000 und aus Ozeanien rund 2 000. Die verschiedenen Länder melden jedoch sehr unregelmäßig, so daß die letzten Meldungen verschiedener Länder aus dem Jahre 1987 stammen. Für 1991 werden allein für Afrika über 650 000 AIDS-Patienten vorausgesagt, davon mehr als 200 000 Kinder.

Der WHO zufolge sind langfristige Prognosen über 1992 hinaus national und international nur schwer zu stellen. Auch ausgefeilte mathematische Modelle und Computersimulationen helfen nicht über den Mangel an

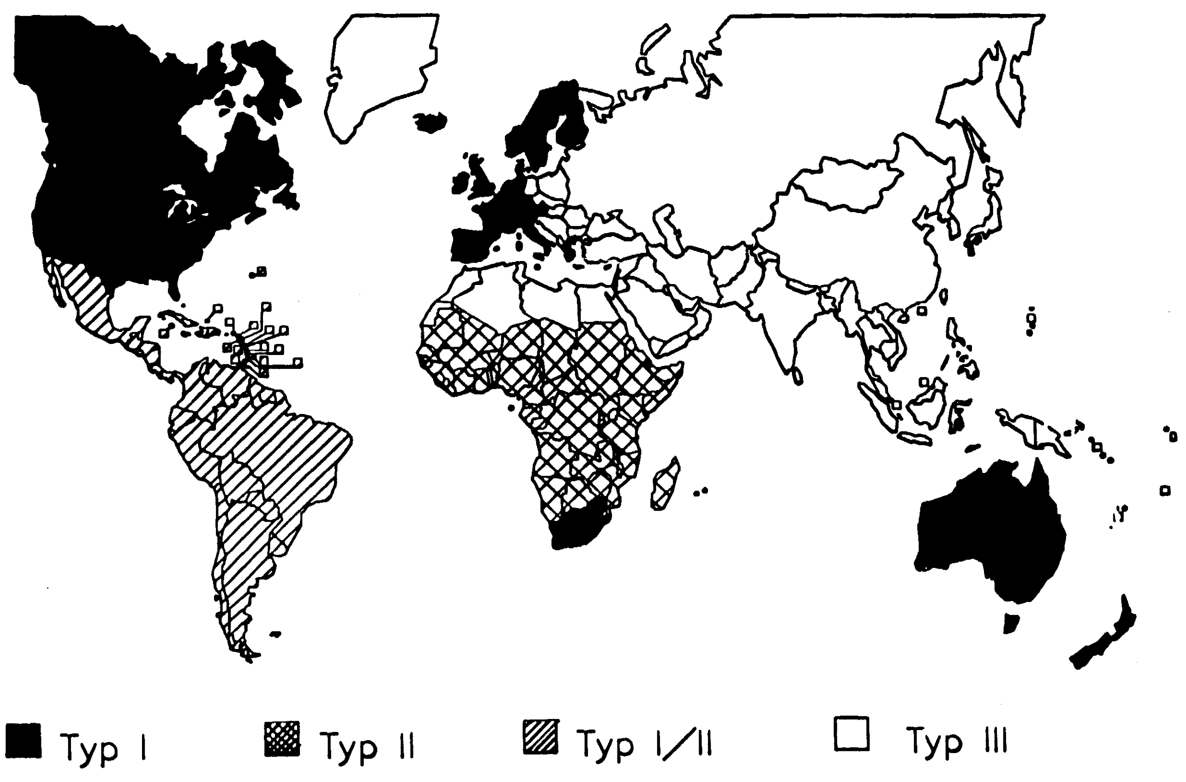
- wesentlichen biologischen Parametern wie z. B. die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV unter bestimmten Umständen,
- demographischen Daten,
- Wissen über Sexualverhalten sowie
- Wissen über medizinische und paramedizinische Praktiken in Entwicklungsländern.

8.4.3 Defizite, allgemein

Die Forschungsrichtungen auf den unterschiedlichen Gebieten der Epidemiologie von AIDS/HIV-Infektion in der Bundesrepublik Deutschland werden als unzureichend betrachtet. Auch im Lehrbetrieb der Hochschulen ist diese Disziplin vernachlässigt worden.

Eine effektive epidemiologische Forschung erscheint ohne stärkere Vernetzung mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen (Sozial- sowie biomedizinischen Wissenschaften) und den Versorgungseinrichtungen sowie -trägern kaum möglich. Es fehlen vorrangig

AUSBREITUNG VON HIV/AIDS



Typ I: Beginn der Ausbreitung von HIV als Epidemie Ende der 70er oder Anfang der 80er Jahre; Risikogruppen sind vor allem homosexuelle Männer und Personen, die sich intravenös Drogen injizieren (b. B. in westlichen Ländern). Typ II: Beginn der Ausbreitung von HIV als Epidemie Mitte der 70er Jahre, der wesentliche Übertragungsmodus ist heterosexueller Geschlechtsverkehr (z. B. in Afrika südlich der Sahara und in der Karibik). Typ I/II: Ausbreitung zunächst vor allem bei homosexuellen Männern und bei intravenös Drogenabhängigen, zunehmend auch durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr (z. B. in Süd- und Mittelamerika). Typ III: HIV erst kürzlich eingeschleppt, Ausbreitungsmuster noch nicht erkennbar, insgesamt noch sehr niedrige HIV-Prävalenz.

(GPA/WHO)

Daten und Fakten über das Sexualverhalten, die Übertragungswahrscheinlichkeit von HIV, die Kofaktoren der Übertragung, die demographischen Rahmenbedingungen, aber auch Angaben aus Beratungsstellen und Kliniken.

Um sichere Aussagen über den Trend der HIV-Ausbreitung machen zu können, werden belastbare Daten benötigt, die nicht durch unterschiedliche Selektionsmechanismen beeinflußt sind. Für epidemiologische Studien sind aufwendige methodische und organisatorische Leistungen zu erbringen. Dazu sollten insbesondere geeignete Formen einer anonymisierbaren — möglichst standardisierten — Dokumentation entwickelt bzw. benutzt werden. Ferner erscheint es wesentlich, daß die Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten verbessert wird.

8.5 Diagnostika-, Therapie- und Vakzineforschung

8.5.1 Diagnostische Verfahren zum Nachweis von HIV-1, HIV-2 und HTLV I

Im *Zwischenbericht* der Kommission sind die verschiedenen Methoden der serologischen und virologischen Diagnostik bereits erläutert worden. Den *Zwischenbericht* ergänzend hat die Kommission die bisherigen Erfahrungen mit den verfügbaren Diagnostika sowie neuere Methoden zum Nachweis einer Infektion erörtert.

8.5.1.1 Nachweis von Antikörpern

Mit den derzeit verfügbaren ELISA-Tests (Enzymimmunoassay) lassen sich Antikörper gegen die verschiedenen Struktur- und Funktionsproteine von HIV-1 gut nachweisen. Die Empfindlichkeit und methodische Sicherheit der zugelassenen Tests sind im Vergleich zu anderen serologischen Nachweismethoden sehr hoch. Findet sich bei einem ELISA-Test ein „reaktives" Patientenserum, so wird daraufhin grundsätzlich ein Bestätigungstest (Westernblot = Immunoblot oder Immunfluoreszenztest) vorgenommen.

Wie während der Anhörung betont wurde, ist dem Immunoblot als Bestätigungstest mit deutlichem Abstand der Vorzug zu geben, da er eine hohe Sensitivität aufweist und darüber hinaus eine Reihe zusätzlicher Informationen gibt (beispielsweise Kreuzreaktionen mit anderen Retroviren). Der ebenfalls zugelassene Immunfluoreszenztest tritt hier an Bedeutung deutlich zurück. Ohne den Einsatz des Immunoblots wäre beispielsweise das HIV-2 erst sehr spät oder vielleicht auch gar nicht entdeckt worden.

ELISA-Tests auf der Basis gentechnologisch oder biotechnologisch hergestellter Antigene

Bei den ersten ELISA-Tests ist Virusantigen aus Lymphozytenkulturen verwendet worden. Methodisch bedingt können hierbei jedoch Verunreinigungen mit körpereigenen Antigenen vorliegen. Sind in einem Patientenserum Autoantikörper gegen humane Zellen vorhanden, kann eine positive Reaktion vorgetäuscht werden. Um dies auszuschließen, sind verbesserte Methoden entwickelt worden. Zum einen können die Antigene gentechnologisch hergestellt werden; allerdings gibt es mitunter auch bei Virusproteinen, die gentechnologisch in Bakterien erzeugt worden sind, unspezifische Reaktionen durch Verunreinigungen. Ein weiterer Ansatz sind Tests, bei denen nur chemisch synthetisierte Proteinstücke (Peptide) verwandt werden; sie sind nicht mit fremden Proteinen belastet. Bei beiden Verfahren wird weiter an methodischen Verfeinerungen gearbeitet.

8.5.1.2 Kombinationstests für HIV-1 und HIV-2

Bis 31. März 1990 sind in der Bundesrepublik Deutschland 74 Infektionen mit HIV-2 gemeldet worden, wobei vermutlich einige Fälle doppelt registriert sind. Aus Sicherheitsgründen (Kontamination von Blutkonserven) sind daher kombinierte Tests hergestellt und zugelassen worden, die sowohl HIV-1 als auch HIV-2 erfassen (siehe hierzu auch 8.5.1.6). HIV-2-Bestätigungstests werden voraussichtlich Anfang 1990 kommerziell zur Verfügung stehen.

8.5.1.3 Schnelltests

Zur Zeit sind sogenannte Schnelltests in Entwicklung. Die notwendige diagnostische Sicherheit vorausgesetzt, gelten solche Verfahren grundsätzlich als brauchbare Screeningtests. Mit einer kleinen Blutmenge — evt. auch mit Speichel — und wenigen einfachen Arbeitsschritten kann in kurzer Zeit eine Diagnose erfolgen. Erwünscht wären leicht handbare Schnelltests, um insbesondere Kliniken eine Schnelldiagnostik zur Verfügung zu stellen.

Derartige Schnelltests in der Hand von Laien (Hometest-kits) werfen zur Zeit zahlreiche medizinische, juristische und psychologische Fragen auf. Klärungsbedürftig sind dabei insbesondere folgende Kriterien:

- die Durchführung des Testes mit potentiell infektiösem Material,
- die Interpretation der Ergebnisse — falsch-positive Resultate können zu Überreaktionen führen, falsch-negative zu falscher Sicherheit,
- Notwendigkeit einer ausführlichen Beratung vor und nach einem Test.
- Werden im Anschluß an einen positiven Schnelltest auch die notwendigen Bestätigungstests wahrgenommen?
- Wie sollen Schnelltests angeboten werden? Sind die Beipackzettel in besonderer Weise zu gestalten?

  Ist generell die Einführung einer Verschreibungspflicht für ein solches Diagnostikum zu befürworten?

Wie sich während der Anhörung zeigte, überwiegen derzeit hinsichtlich der Verwendung von Hometest-

kits eher von Skepsis geprägte Argumentationen: Medizinische Tests in Laienhand gelten als problematisch. Bei einem HIV-Antikörpertest besteht in erhöhtem Maße die Gefahr, daß ein Patient mit einer schwerwiegenden Diagnose allein und unvorbereitet konfrontiert wird. Fehlreaktionen und Mißverständnisse sind mit einer großen Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Gerade bei der HIV-Diagnostik bedarf der Patient des ärztlichen Beistands, der ärztlichen Beratung und eventuell über lange Zeit der differenzierten und erfahrenen ärztlichen Betreuung. Es wurde aber auch betont, man dürfe kein frühzeitiges — und zugleich abschließendes — Verdikt über die Hometests fällen. Die weitere, auch internationale Entwicklung sollte abgewartet werden.

8.5.1.4 Direkte Nachweisverfahren

Anzucht des HIV

Als spezifischste Methode gilt die Anzucht des Virus und die anschließende Identifizierung. Die isolierten Virusstämme können genau analysiert werden; neue Virusstämme und -typen lassen sich aufspüren. Daher gilt es als sinnvoll, diese Methode häufig anzuwenden.

Antigennachweis

Der Nachweis von Virusantigenen im Serum mittels ELISA kann für Experten hilfreich sein, um spezielle diagnostische Fragestellungen zu klären. Diese Tests haben eine hohe Empfindlichkeit, jedoch eine geringe Spezifität. Zur Routinediagnostik werden sie nicht angewandt, da nur ein Teil der HIV-Infizierten ein positives Resultat hat.

Die Hoffnung, in dem sogenannten diagnostischen Fenster, zwischen Infektion und dem Auftreten nachweisbarer Antikörper, mit Hilfe des Antigentests den Infektionsnachweis führen zu können, hat sich für die Routine nicht bestätigt. Bei Blutspendern wurden in großen Untersuchungsreihen solche Antigentests durchgeführt. Dabei wurden keine zusätzlichen Fälle erkannt.

Polymerasekettenreaktion (PCR)

Die PCR gilt auf dem Gebiet der molekularbiologischen Erforschung von Infektionsprozessen als ein wesentlicher Fortschritt. Mit ihrer Hilfe versucht man, schon im Zeitraum zwischen Infektion und der Bildung von Antikörpern die Infektion nachzuweisen. Die Methode bedarf besonderer Erfahrungen und Kontrollen; derzeit besteht für die PCR in vielen Laboratorien die Gefahr falsch-positiver Ergebnisse. Daher wird jetzt versucht, die PCR so zu modifizieren, daß ihre Anwendung einfacher und sicherer wird. Wissenschaftler empfehlen jedoch, zunächst quantitativ zu untersuchen, wie häufig nach Infektion eine verzögerte Antikörperbildung zu beobachten ist und ob deshalb die PCR auf breiter Basis eingeführt werden muß.

8.5.1.5 HTLV I

In den USA, Italien, Frankreich und den Niederlanden wird bei intravenös Drogenabhängigen über Infektionen mit dem andersartigen Retrovirus HTLV I berichtet; sie führen nicht zu AIDS, jedoch zu Leukämien, Lymphomen und Polyneuritiden. Die Häufigkeit dieser Infektion, die Dauer der Latenzperiode sowie charakteristische Organmanifestationen sind schwer zu beurteilen. Die verfügbaren Tests werden hinsichtlich ihrer Spezifität und Sensitivität zur Zeit noch deutlich schlechter als die HIV-Antikörpertests bewertet.

Daher gilt, die Ausbreitung von HTLV-I-Infektionen in Europa sowie die epidemiologische Bedeutung dieser Infektion für die Bundesrepublik Deutschland äußerst sorgsam zu klären. Zur Zeit wird die prinzipielle Frage geklärt, wann HTLV-I-Tests hierzulande in die serologische Routinediagnostik von Blutspenden einbezogen werden sollen und welche Bedeutung sie bei der klinischen Diagnostik haben.

8.5.1.6 Qualitätssicherung von HIV-Diagnostika

Das Bundesamt für Sera und Impfstoffe, das Paul-Ehrlich-Institut in Langen, ist verantwortlich für die Qualitätssicherung der HIV-Diagnostika. Seit dem 21. Januar 1986 sind 30 HIV-Antikörpertestkits zugelassen worden, die nach dem Prinzip des Enzymimmunassays HIV-Antiköper im Blut nachweisen können. Sechs davon sind Kombinationstests für HIV-1 und HIV-2. Weiterhin sind ein Latexagglutinationstest, drei Immunfluoreszenz- und zwei HIV-1-Immunoblot-Tests zugelassen worden. Die Spezifität und Sensitivität der zugelassenen Untersuchungsmethoden liegen mit >99,5% an der oberen Grenze serologischer Nachweismöglichkeiten (Unsicherheitsfaktoren des HIV-Tests, siehe hierzu auch 2. Kapitel **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten).**

8.5.2 Therapie, Medikamente

Eine kausale Therapie der HIV-Infektion selbst ist nur möglich, wenn es gelingt, die Vermehrung des HIV zu hemmen. Nach einer Infektion mit HIV wird ein in seiner RNS festgelegter Bauplan in die menschliche DNS, den Träger der Vererbung, integriert. Wird dieser latent vorhandene Bauplan aktiviert, setzt die Virusproduktion ein. Diese Eigenart aller Retroviren macht eine endgültige Elimination des Virus nahezu unmöglich. Um die Vermehrung des HIV zu hemmen, werden verschiedene Ansätze geprüft, den Lebenszyklus des Virus mittels Chemotherapeutika zu unterbrechen.

Antisense RNS

Als ein Forschungsaspekt, die Virusreplikation zu hemmen, gilt die sogenannte Antisense-RNS. Die virale RNS wird mit Hilfe einer gegensinnigen RNS für weitere Zellprozesse unbrauchbar gemacht (hybridisiert). Bislang gibt es einige wenige Arbeiten, die bei HIV versuchen, mit Antisense-RNS den Zellprozeß

der Translation zu hemmen. In den USA wird dieses Gebiet im Bereich der Grundlagenforschung stark gefördert.

Antisense Oligonukleotide

Als ein weiterer Ansatz wird versucht, mit spezifischen Antisense Oligonukleotiden den Lebenszyklus des HIV während der Transkription und Translation zu blockieren. In-vitro-Versuche gelten hier als recht aussichtsreich. Doch wesentliche Fragen — etwa der Inhibitionsmechanismus, Bereitstellung von genügend synthetischem Material und der Aufnahmeprozeß durch die Zelle — sind bislang ungeklärt. In den USA wird dieser Sektor mit großem Aufwand bearbeitet, in der Bundesrepublik Deutschland kaum.

Synthetisches RNS-Molekül

In Entwicklung sind weiterhin Versuche, virale RNS mit Hilfe eines synthetischen RNS-Moleküls zu spalten. Auf diesem speziellen Gebiet sind in der Bundesrepublik Deutschland keine Aktivitäten bekannt.

Nukleosidanaloga

Die antivirale Chemotherapie mit Nukleosidanaloga zielt wesentlich auf Nukleinsäuren des Virus, die für den Ablauf seiner Replikation unabdingbar sind. Das bislang einzige zugelassene Medikament, Azidothymidin (AZT, Zidovudin, Retrovir), ist ein Nukleosidanalogon (siehe *Zwischenbericht,* Abschnitt C 2.4.8).

Nach dem heutigen Wissensstand besteht kein Zweifel, daß AZT generell den Verlauf der HIV-Infektion günstig beeinflußt: Verlängerung der Überlebenszeit von AIDS-Kranken und Patienten mit fortgeschrittenem ARC (AIDS-related Complex), weiterhin eine Verminderung der Zahl opportunistischer Infektionen und eine Besserung anderer klinischer Parameter. Aus klinischen Prüfungen liegen Hinweise vor, daß durch eine AZT-Gabe im frühen Stadium der HIV-Infektion das Fortschreiten der Krankheit verzögert werden kann.

Offensichtlich ist AZT anfangs zu hoch dosiert worden. So beträgt in jüngster Zeit die offizielle Dosisempfehlung statt 1,5 g/Tag nunmehr 0,6 g/Tag.

Die klinische Entwicklung von AZT wird fortgeführt. Dabei wird die Behandlung früherer Erkrankungsstadien der HIV-Infektion, besonderer Erscheinungsbilder (etwa HIV-assozierte Thrombopenien) sowie HIV-infizierter Kinder in die klinische Prüfung einbezogen. Darüber hinaus sind weitere pharmakokinetische Untersuchungen erforderlich, um Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu prüfen (siehe 8.6.1.1). Die Dosis-Wirkungs-Beziehungen werden klinisch genauer untersucht.

Limitiert wird die AZT-Gabe insbesondere durch die bekannten, mitunter schweren Nebenwirkungen. Wissenschaftlich klärungsbedürftig gelten in diesem Zusammenhang die optimale Dosierung, die kombinierte Gabe von AZT mit α-Interferon, Erythropoetin und GM-CSF, das Resistenzverhalten sowie Entwicklung von Sekundärversagern.

Weitere Verbindungen aus dieser Substanzklasse — etwa DDC (Didesoxycytidin) und DDI (Didesoxyinosin) — sind seit Anfang 1990 in der klinischen Erprobung. In ersten Studien ist ihre generelle Wirksamkeit am Menschen bewiesen worden.

Darüber hinaus sind zahlreiche Nukleosidderivate synthetisiert und getestet worden. Problematisch ist, daß diese Nukleoside zum Teil erst im Organismus in ihre aktive Form umgewandelt werden (mehrere Phosphorylierungsschritte bis zur aktiven Triphoshatform). Offenbar kann eine ineffiziente Phosphorylierung in der Zelle ihre Wirksamkeit beeinflussen.

Proteasenhemmer

Die Proteinsynthese des HIV ist prinzipiell angreifbar, während zelluläre Proteasen (eiweißspaltende Moleküle) die Zerlegung von Vorläuferproteinen in fertige Strukturelemente steuern. Die Arbeitsrichtung, spezifische Proteasenhemmer zu entwickeln, wird in den USA und in der Bundesrepublik Deutschland nachhaltig verfolgt. Die dreidimensionale Struktur der Protease ist bereits aufgeklärt. Dies hat zu neuen Anstrengungen angeregt und wird die rationale Konzeption von Hemmstoffen erleichtern.

Beeinflussung viraler Steuergene

Weiterhin wird versucht, in die Wirkung von viralen Steuergenen der Proteinsynthese einzugreifen (etwa tat, rev). Die Entwicklung von alternativen RNS- und DNS-Oligomeren, welche spezifisch die Bindung von tat (Starterfunktion) an die virale RNS hemmen, steckt in den Anfängen. Detaillierte Kenntnisse über diese Wechselwirkung gibt es bislang noch nicht. In Großbritannien und den USA wird daran gearbeitet.

Beeinflussung der CD4-Rezeptoren

Das Hüllprotein gp120 ist für die Anheftung des Virus an die CD4-Rezeptoren der Zielzellen verantwortlich. Lösliche synthetische Peptide des CD4-Rezeptors können das gp120 binden und dadurch die Bindung an den Rezeptor hemmen. In den USA wurden mit Rezeptorpeptiden, die an Immunglobulin gebunden sind, vielversprechende Therapieansätze erarbeitet. Die klinische Erprobung von Immunoadhäsin steht bevor. Hierzulande ist die Forschung auf diesem Gebiet in den Anfängen. Die Blockade der CD4-Rezeptoren, beispielsweise durch Peptide, die dem viralen Glykoprotein gp120 entsprechen, ist denkbar und wird wissenschaftlich bearbeitet. Die eigentlichen Funktionen des Rezeptors werden dadurch auch geblockt; die daraus resultierenden Konsequenzen sind unbekannt.

Hemmung der Glykosidasen

Da das Hüllprotein gp120 stark glykosidiert ist, wird dies als Angriffsstrategie genutzt: Die Hemmung der notwendigen Glykosidasen durch Pflanzenalkaloide kann das Wachstum von HIV verhindern. In den USA und in Großbritannien gibt es hierzu erste Ergebnisse. In der Bundesrepublik Deutschland werden synthetische Analogiearbeiten durchgeführt.

Hemmung des Adsorptionsprozesses an der Zielzelle

Mehrere, für andere Indikationen häufig angewandte, sulfatierte Polysaccharide — etwa Dextransulfat, Polypentosansulfat (HOE/BAY) — besitzen in vitro antivirale Aktivität gegen Adenoviren und eine Anzahl von umhüllten Viren (Herpes-simplex-, humanes Zytomegalievirus und HIV). In entsprechenden Enzymtests fiel auf, daß durch derartige sulfatierte Polysaccharide die reverse Transkriptase des HIV stark gehemmt wurde. In nachfolgenden Tierexperimenten ließ sich die Vermehrung eines Retrovirus der Maus (Friend Leukämievirus) hemmen. Wie diese Substanz im Organismus die HIV-Replikation behindert, wird zur Zeit untersucht. Vermutlich wird der Anheftungsprozeß des Virus an der Zielzelle blockiert.

In ersten klinischen Untersuchungen wird das — nach oraler Gabe vermutlich kaum resorbierbare — Präparat bei asymptomatisch HIV-Infizierten sowie ARC- und AIDS-Kranken eingesetzt, um seine Wirkung und Verträglichkeit abzuklären. Bei dieser potentiellen Therapieform gilt als vorteilhaft, daß sie einfach, billig und bei anderen Indikationen bereits erprobt ist.

Einen ähnlichen Wirkungsmechanismus hat nach bisherigen Forschungsergebnissen auch die Substanz Diethyldithiocarbamat (Imuthiol, DTC, DDTC).

8.5.3 Impfstoffentwicklung

Auf dem Gebiet der Impfstoffentwicklung gibt es verschiedene, bisweilen auch ermutigende Ergebnisse aus den USA. Die Arbeitsrichtung, die hierzulande verfolgt wird, ist dadurch weitgehend bestätigt worden. Die bisherigen Resultate eines Projektes über einen experimentellen Impfstoff (inaktiviertes HIV) haben es ermöglicht, bei einigen immunisierten Schimpansen eine Belastungsinfektion durchzuführen und damit die Schutzwirkung dieser Vakzine zu überprüfen.

Grundsätzlich ist zur Entwicklung von Impfstoffen die Verfügbarkeit von geeigneten Tiermodellen eine wesentliche Voraussetzung. Daher wird es als dringlich erachtet, die weitere Erforschung von potentiell geeigneten Tiermodellen zu unterstützen. Bislang können nur Schimpansen mit HIV-1 infiziert werden, sie entwickeln jedoch keine Immunschwäche. Wegen des Fehlens von relevanten Tiermodellen können viele wesentlichen Erkenntnisse nur am Menschen gewonnen werden. So ist davon auszugehen, daß wissenschaftliche Arbeiten zu einem Medikament auch über die Marktreife hinaus erfolgen müssen.

8.5.4 Aus der Perspektive der Pharmaindustrie

Zur Impfstoffentwicklung

Bei der Vakzinierung sehen Vertreter verschiedener Pharmaunternehmen zur Zeit insbesondere folgende Schwierigkeiten:

- HIV entkommt der Antikörpererkennung durch rasche Variantenbildung.
- Antikörper der Patienten vermögen die Infektion nicht zu kontrollieren; Affen erkranken bzw. produzieren Viren trotz Synthese neutralisierender Antikörper und Vorhandensein HIV-spezifischer, cytotoxischer T-Zellen.
- Die erwünschte Attacke auf HIV durch Antikörper und cytotoxische T-Zellen führt zur Aufnahme durch Makrophagen und andere phagozytierende Zellen, in denen sich das Virus vermehrt.

Die weltweit mit hoher Intensität betriebene AIDS-Forschung hat ihnen zufolge bislang keinen greifbaren Ansatz für eine wirksame Vakzine oder eine Immuntherapie geliefert, obgleich eine Vielzahl an Berichten über begonnene oder geplante klinische Prüfungen (Phase I) am Menschen dies vermuten lassen. Vielmehr handelt es sich bei allen Prüfungen dieser Art um Tests auf Unbedenklichkeit verschiedenster Wirkstoffe, in keinem Fall jedoch um Substanzen oder Präparationen, deren Wirksamkeit durch Prüfungen, z. B. im Affenmodell, belegt ist.

Forschungskooperation

Die beiden Pharmafirmen, Bayer AG und Hoechst AG, arbeiten seit Juni 1987 auf dem Gebiet der antiretroviralen Chemotherapie zusammen. Vertragsgebiet der Kooperation ist die Forschung, Entwicklung und Vermarktung von Chemotherapeutika gegen Retroviren. Aus dieser Zusammenarbeit ausgeschlossen sind Diagnostika, Vakzine und Antiseren. Angesichts der bislang nicht beherrschbaren, weltweiten Ausbreitung des HIV ist der Zeitfaktor für die Entwicklung von vorbeugenden und therapeutischen Verfahren von großer Bedeutung. Dies ist der wesentliche Grund dafür, daß die Firmen Bayer und Hoechst die Ressourcen ihres großen Forschungspotentials zur Abwendung dieser neuartigen Bedrohung gemeinsam nutzen wollen. Der Kooperationsvertrag ist bei der Kartellbehörde der Europäischen Kommission angemeldet worden.

Wie Vertreter bundesdeutscher Pharmafirmen während der Anhörung hervorhoben, stehen den voraussichtlich sehr langen Entwicklungszeiträumen derzeit eine relativ kurze Patentlaufzeit von nur 20 Jahren entgegen. Davon werden bei einer normalen Arzneimittelentwicklung bereits 10—12 Jahre durch die Entwicklungsarbeiten in Anspruch genommen, da die Entnahme eines Patentes in der Regel zu einem frühen Zeitpunkt der Wirkstoffindung erfolgen muß.

Präklinische Arzneimittelforschung

In der präklinischen Arzneimittelforschung wird zunehmend über begrenzte Möglichkeiten der Wirkstoffchemie berichtet. Die Chemie vieler relevanter Substanzklassen ist sehr aufwendig und arbeitsintensiv (etwa Nukleosidchemie, Peptidchemie, Antisense-Oligonukleotide). Daher wird die Einbeziehung von Kapazitäten der pharmazeutischen Industrie in Forschungsprogramme von Universitäten und freier Einrichtungen als sinnvoll erachtet, um die Therapieforschung zu fördern.

Zahlreiche Firmen verfolgen nachhaltig die Optimierung von Leitsubstanzen, die sich bereits als wirksam erwiesen haben. Bei der Suche nach neuen Substanzen aus verschiedenen chemischen Stoffklassen nimmt auch das sogenannte Naturstoffscreening eine wesentliche Rolle ein. Dabei werden z. B. pflanzliche Naturstoffe, Pilze und Mikroorganismen geprüft, ob sie eine gegen HIV gerichtete Aktivität haben. Die Herstellung ausreichender Mengen von entsprechend aktivem Material zur Bestimmung von Wirkprofil und Verträglichkeit bereitet dabei besondere Schwierigkeiten.

Als weitere therapeutische Strategie wird die Autoimmunisierung von symptomlos HIV-infizierten Patienten und AIDS-Kranken untersucht. Welche Mechanismen dabei eine Rolle spielen, läßt sich bislang nicht beurteilen; die Methode ist umstritten.

Der klinisch relevante Aspekt von synergistisch wirkenden Substanzen wird inzwischen verstärkt bearbeitet. Eine Kombination verschiedener Wirkstoffe kann grundsätzlich sowohl die antiretrovirale Wirkung steigern, als auch die Resistenzentwicklung verhindern.

HIV-Diagnostika

Im Bereich der HIV-Diagnostika versuchen verschiedene pharamazeutische Unternehmen, die Tests weiter zu verfeinern sowie für Verlaufsuntersuchungen aussagekräftige Systeme zu entwickeln. Dabei wird an Tests zur Erfassung von Antikörpern gegen das virale Kernprotein p24 (prognostisch bedeutsam) sowie gegen die frühen Regulatorproteine gearbeitet. Testsysteme zur Erfassung von Antikörpern gegen HTLV I befinden sich im Forschungsstadium. Insgesamt sind Geräte zur weiteren Automatisierung der HIV-Testung in Entwicklung.

8.6 Klinische Studien zu Verlauf und Therapie

Bei AIDS — ebenso wie bei anderen neuartigen Erkrankungen — kann die klinische Forschung nicht von der Patientenversorgung getrennt werden. Im Idealfall ist der behandelnde Arzt gleichzeitig auch an der klinischen Forschung beteiligt. Die Mitarbeit der Patienten ist nur dann gewährleistet, wenn die behandelnden Ärzte über die notwendige fachliche Kompetenz verfügen, ein tragfähiges Vertrauensverhältnis geschaffen wurde und die Versorgungsleistungen auf modernem Niveau sind. Das Krankheitsbild von AIDS, die charakteristischen opportunistischen Infektionen und ihre Therapie, neurologische sowie pädiatrische Krankheitsbilder sind im *Zwischenbericht* der Kommission beschrieben worden. Im folgenden wird insbesondere über wissenschaftlich sowie organisatorisch relevante Fragestellungen berichtet, die sich aus der klinischen Beobachtung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ergeben haben.

8.6.1 Klinische Studien, allgemein

Multizentrische Kohortenstudie AIDS (Bundesgesundheitsamt)

Die vom AIDS-Zentrum des BGA koordinierte Kohortenstudie befindet sich inzwischen im fünften Jahr und soll bis mindestens 1991 fortgesetzt werden. Im Rahmen dieser Verlaufsstudie werden verschiedene Gruppen HIV-infizierter Personen und entsprechende Kontrollkollektive langfristig prospektiv untersucht (siehe auch *Zwischenbericht*, Abschnitt C 4.8.2). Acht Zentren sind an diesem Projekt beteiligt. Die Kohortenstudie war in der Bundesrepublik Deutschland die erste überregionale Förderung klinischer Grundlagenforschung. Trotz beklagter Mängel, Kritik am Studiendesign und angeblich unzureichenden Ergebnissen, wird diese Verlaufsbeobachtung als ein fundamentaler Beitrag zur klinischen Grundlagenforschung angesehen.

Auch die erste klinische Therapiestudie (Behandlung von AIDS-Kranken mit Azidothymidin) konnte 1986 ohne Verzögerungen begonnen werden, da durch die Kohortenstudie bereits die notwendige Infrastruktur für derartige Untersuchungen gegeben war: Aufbau von ersten klinischen sowie ambulanten Versorgungseinrichtungen und Verlaufsbeobachtungen von HIV-infizierten Personen. Weiterhin wird davon ausgegangen, daß die umfangreiche Materialsammlung genutzt werden kann, um retrospektiv Prognoseparameter und Einzelheiten zum Spontanverlauf herauszuarbeiten.

Klinische Therapiestudien

Wie aus einer Ende 1988 abgeschlossenen Zusammenstellung des BGA hervorgeht, sind in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche Therapiestudien in verschiedenen Prüfphasen bereits beendet, zur Zeit im Gange oder geplant. Im Rahmen dieser Studien werden Behandlungsmöglichkeiten der HIV-Infektion sowie der charakteristischen opportunistischen Infektionen geprüft. Von wenigen multizentrisch organisierten Studien abgesehen, handelt es sich überwiegend um Untersuchungen, die von einzelnen Gruppen an ihren jeweiligen Zentrum initiiert worden sind (monozentrisch).

Das BMFT fördert verschiedene therapieorientierte Forschungsvorhaben. Aus Projekten der virologischen und molekularbiologischen Grundlagenforschung ergeben sich darüber hinaus neue Ansätze für mögliche Behandlungsstrategien. Im Rahmen eines

vom BMFT geförderten Verbundprojekts *Grundlagen der Therapie der HIV-Infektion* arbeiten seit 1. Januar 1989 verschiedene Institute und Kliniken in Hannover, Göttingen und Braunschweig zusammen.

Ziele und Defizite

Zur Organisation klinischer Therapieforschung

Um die Effektivität der klinischen Therapieforschung zu fördern, werden derzeit verschiedene organisatorische Verbesserungen diskutiert und eingeleitet. Eine stärkere Koordination scheint wünschenswert, um Doppel- und Mehrfachforschung zu vermeiden. Erwogen wird dabei auch eine zentrale Registrierung. So könnten andere Arbeitsgruppen aktuell über die jeweiligen Forschungsaktivitäten informiert werden. Um die wissenschaftlichen Gruppen darüber hinaus fortlaufend über Design, Methoden und Ergebnisse von Therapiestudien zu unterrichten, erscheint die weitere Förderung regelmäßiger Konferenzen notwendig.

Die Unterstützung oligozentrischer Therapiestudien wird weitgehend befürwortet, da die Patientenkollektive vieler Zentren in Europa für wissenschaftlich tragfähige Aussagen zu klein sind. Wie bei der Anhörung hervorhoben wurde, hat die Etablierung von Verbundprojekten durch das BMFT in verschiedenen Städten eklatante Mängel der Zusammenarbeit aufgezeigt. Wünschenswert erscheint eine bessere überregionale Zusammenarbeit.

Ambulanzen für Therapiestudien

Um die Therapieforschung effektiver zu gestalten, ist vorab zu berücksichtigen, daß das Krankheitsbild AIDS mit wechselnden Phasen einer stationären und ambulanten Versorgung verbunden ist. Hierfür sind entsprechende Versorgungsstrukturen und -einrichtungen notwendig, die dem Verlauf der HIV-Infektion, aber auch den Anliegen von Behandelten und Behandelnden gerecht werden. Außer einer breiteren Unterstützung der klinischen Versorgung von Patienten gilt neben der Einbindung niedergelassener Ärzte in die klinische Forschung der Aufbau bzw. weitere Ausbau von Ambulanzen — insbesondere für langdauernde Therapiestudien — als vorrangig. Aus organisatorischen Gründen sind solche Ambulanzen den klinischen Zentren anzugliedern, in denen viele HIV-Infizierte und AIDS-Kranke betreut werden. Unabdingbar ist hierfür eine Erweiterung der vorhandenen Laborkapazitäten und ein weiterer Ausbau des Konsiliarwesens.

Klinikern zufolge ist eine sinnvolle klinische Therapieforschung auf Dauer nur möglich, wenn neben den genannten Aspekten für eingearbeitetes Personal gesorgt wird und auf gut geführte Patientenkollektive zurückgegriffen werden kann.

Erwünscht ist in diesem Zusammenhang, daß die Dokumentation von Befunden weitgehend standardisiert erfolgt. Entsprechende Dokumentationssysteme sind bereits entwickelt worden; Fragen des Datenschutzes und der Anonymisierung werden zur Zeit noch geklärt. Siehe auch 7.Kapitel **Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS,** Unterabschnitt 2 **Modellmaßnahmen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten.**

Zusammenarbeit von Klinikern und Grundlagenforschern

Im organisatorischen Bereich wird gelegentlich über mangelnde Zusammenarbeit von Klinikern und Grundlagenforschern geklagt. Während die Grundlagenforscher die Aufgabe haben, molekularbiologische Zusammenhänge aufzuklären, setzen Kliniker die dabei erarbeiteten Resulate zum Wohle des Patienten um. Andererseits sollten Kliniker ihre Fragestellungen, die sich aus dem täglichen Kontakt mit HIV-Infizierten ergeben, an die Grundlagenforschung herantragen — ohne ausschließlich in die Rolle der Materialbeschaffer gedrängt zu werden. Die in der Grundlagenforschung bzw. pharmazeutischen Industrie entwickelten Therapeutika können nur im Rahmen von klinischen Studien überprüft werden. Daher wird die Förderung der Zusammenarbeit von Klinikern und Forschern in verschiedenen Instituten sowie der Industrie als wesentlich betrachtet.

8.6.1.1 Zur Arzneimittelprüfung potentieller AIDS-Therapeutika

Überaus konfliktreich und viel diskutiert ist zur Zeit die klinische Arzneimittelprüfung vielversprechender AIDS-Therapeutika. Den zuständigen Behörden wird insbesondere in den USA vorgeworfen, bürokratische Hürden bei der Zulassung potentiell wirksamer AIDS-Mittel aufzubauen. Auf diesem Gebiet herrscht ein enormer öffentlicher Druck. Dabei wirken augenscheinlich verschiedene Interessen in die gleiche Richtung: das von Todesangst getriebene Interesse der Betroffenen, ferner das Anliegen der Mediziner, wirksam helfen zu wollen und zu können, aber auch das Interesse von Herstellerfirmen potentieller AIDS-Mittel. So ist es in den USA in den letzten Jahren üblich geworden, im Rahmen von klinischen Prüfungen einen gewissen Teil der Medikamente auch schon vor der offiziellen Zulassung durch die FDA an Patienten zu verteilen, die das Präparat aus vitalen Gründen dringend benötigen (Compassionate usage). Auch bei vielversprechenden AIDS-Therapeutika wird in den USA zunehmend dem öffentlichen Druck nachgegeben, die Standards der Arzneimittelzulassung zu senken: Nach überstandener Toxizitätsprüfung werden die Mittel in nicht immer kontrollierbare Feldanwendungen abgegeben.

Ein derartiges Vorgehen verringert die für klinische Prüfungen geltenden Sicherheitsstandards. In der Bundesrepublik Deutschland ist Compassionate usage von Prüfpräparaten derzeit nicht mit der Arzneimittelgesetzgebung vereinbar. Wie bundesdeutsche Vertreter von Pharmaunternehmen im Rahmen der Anhörung berichteten, wird dieses Vorgehen von

ihnen grundsätzlich nicht angestrebt. Es gibt allerdings ausländische Firmen in der Bundesrepublik Deutschland, die sich auf das Prinzip des Compassionate usage berufen.

Da es zunehmend schwieriger wird, abgewogene und den üblichen Regeln der klinischen Prüfung eines Medikamentes entsprechende Entscheidungen bei der Zulassung von AIDS-Therapeutika zu treffen, stellt sich die Frage, ob die gängigen Zulassungsverfahren abgewandelt werden sollten bzw. müßten — etwa im Sinne eines abgestuften Zulassungsmodells nach französischem Vorbild, wie temporäre oder nur auf eine Gruppe von Ärzten beschränkte Zulassung, ferner nur zur Verwendung im Krankenhaus. Weiterhin wird von Selbsthilfeorganisationen gefordert, Sachverständige aus ihren Reihen an Fragen der Zulassung und der klinischen AIDS-Forschung zu beteiligen.

8.6.2 Über wesentliche klinische Disziplinen

8.6.2.1 Innere Medizin

Das Spektrum der Komplikationen, die bei HIV-infizierten Patienten auftreten, wird ständig größer. Im Verlauf der Erkrankung finden sich weitere, bislang unübliche opportunistische Infektionen, die wiederum vom bislang bekannten Ablauf abweichen. Auch Tumoren treten bei Patienten mit langdauernder HIV-Infektion gehäuft und mit stark abweichendem Verlauf auf. (Siehe Einzelheiten zum Krankheitsbild im *Zwischenbericht*)

Ziele und Defizite

Diagnostik

Die längere Überlebenszeit von AIDS-Kranken sowie die Lebensqualität hängen insbesondere davon ab, ob neu aufgetretene Komplikationen rasch diagnostiziert und optimal behandelt werden. Durch bessere Nachweismethoden und schnellen Therapiebeginn ist es gelungen, die Sterblichkeit bei der ersten Episode der Pneumocystis-Pneumonie deutlich zu senken. Für alle anderen „opportunistischen" Infektionen sind die diagnostischen Maßnahmen zu verbessern. Die üblichen serologischen Nachweismethoden versagen häufig, da AIDS-Patienten nur schlecht Antikörper bilden. Daher erscheint es wichtig, Methoden für den direkten Nachweis der jeweiligen Erreger zu erarbeiten.

Therapie

Konzepte zur Behandlung opportunistischer Infektionen und Tumoren lassen sich nur durch langdauernde, klinische Therapiestudien erarbeiten. Da HIV-infizierte Patienten häufig gleichzeitig an verschiedenen Infektionen erkranken, müssen oft unterschiedliche Medikamente verabreicht werden. Über mögliche Wechselwirkungen zwischen mehreren Substanzen oder Unverträglichkeiten ist bislang kaum etwas bekannt.

Für Untersuchungen über die Wirkung von antiretroviral wirkenden Substanzen wie Nukleosidanaloga (z. B. AZT) und Mitteln mit anderen Wirkmechanismen erscheint es wesentlich, den Verlauf der HIV-Infektion bereits vor Beginn einer Behandlung über einen längeren Zeitraum beobachtet zu haben. Auf diese Weise lassen sich sowohl der günstigste Zeitpunkt für einen Therapiebeginn als auch die optimalen Dosierungen leichter feststellen.

Die kontinuierliche Beobachtung des natürlichen — medikamentös unbeeinflußten — Verlaufs der HIV-Infektion ist hierzulande inzwischen durch die Gabe von virostatischen Medikamenten kaum noch möglich. Von der weiteren Erforschung des Spontanverlaufs der HIV-Infektion werden jedoch wesentliche Kenntnisse über die biologische Pathogenese erwartet. Dabei erscheint es besonders wichtig, retrospektiv jene Verläufe auszuwerten, die vor Einführung entsprechender Therapeutika beobachtet wurden. Die schnelle Entwicklung von Therapeutika wird vermutlich nicht ohne historische Vergleiche auskommen.

8.6.2.2 Neurologie

Die Häufigkeit, mit der sich die HIV-Infektion am Nervensystem manifestiert, wird in der wissenschaftlichen Fachliteratur zwischen 30 und 100% angegeben. Dies erklärt sich daraus, daß die Definition des Begriffes Manifestation nicht einheitlich ist; klinische Schweregrade werden unterschiedlich bewertet, die Sensitivität der Untersuchungsverfahren ist uneinheitlich.

Es wird zum Teil davon ausgegangen, daß die Infektion des Zentralnervensystems (ZNS) bereits früh im Krankheitsverlauf stattfindet. Verschiedene Arbeitsgruppen fanden bereits im Stadium WR 1 und WR 2 bei knapp 30% der Patienten ein entzündliches Liquorsyndrom. Eine derartige stumme HIV-Enzephalitis verläuft offenbar über einen langen Zeitraum (vermutlich Jahre), ohne Symptome von Krankheitswert hervorzurufen. Aus Verlaufsuntersuchungen geht hervor, daß in der Regel vor der ZNS-Beteiligung, Manifestationen in anderen Organen zur Erkrankung führen.

Ziele und Defizite

Derzeit ist nicht bekannt, wie lange die asymptomatische Phase einer HIV-Enzephalitis dauert. Auch sichere Prädiktionsfaktoren, mit deren Hilfe sich eine Aussage über die Prognose einer ZNS-Beteiligung machen ließe, sind unbekannt. Prognostisch relevante Parameter wären wesentlich, um den Krankheitsverlauf besser beurteilen und so die betroffenen Patienten adäquat beraten zu können. Sie sind auch zur Bewertung von Indikationskriterien für eine frühzeitige Therapie sowie für sicherheitsrelevante Fragen der Urteilsfähigkeit, Steuerungsfähigkeit und der mentalen Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Wie Sachverständige bei der Anhörung berichteten, lassen bisherige Forschungsergebnisse keine Hand-

lungsnotwendigkeit erkennen, über die bisher praktizierte Verfahrensweise hinaus spezifische Maßnahmen zu ergreifen.

Ungeklärt ist ebenso, ob es unter den HI-Viren spezifische Substämme gibt, die eine besondere Affinität zum Zentralnervensystem haben. Hierfür gibt es erste Hinweise.

Aus neurologischer Sicht läßt sich die häufigste opportunistische Infektion des ZNS, die Toxoplasmose, zufriedenstellend behandeln. Die meisten anderen ZNS-Infektionen sind einer Therapie jedoch weniger gut zugänglich. Als unbefriedigend sind zur Zeit die Behandlungsmöglichkeiten der Tumoren des ZNS anzusehen.

Wissenschaftlich nicht ausreichend bearbeitet ist das Gebiet der Drogenforschung im Grenzbereich von Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und Endorphinforschung. Zunehmend bedürfen i.v.-drogenabhängige HIV-Infizierte der ambulanten und stationären Versorgung (die absolute Zahl der i.v.-drogenabhängigen HIV-Infizierten steigt ständig, aber auch der relative Anteil innerhalb der Gesamtgruppe der Betroffenen). Dabei ergeben sich bei Pflege und Therapie ständig neue Fragen, die systematisch und zum Teil auch grundlagenorientiert geklärt werden sollten:

- In welcher Weise wirkt eine Drogeneinnahme auf den Verlauf der HIV-Infektion?
- Unterscheiden sich drogenabhängige HIV-Infizierte hinsichtlich ihrer klinischen Manifestationen von anderen Kranken?
- Welche Interaktionen gibt es zwischen Opiaten sowie Endorphinen einerseits und Immunphänomenen sowie Mediatoren andererseits (Biologie der Immunzellen unter Opiateinfluß)?
- Inwieweit lassen sich die biochemischen Grundlagen der Drogensucht tierexperimentell erarbeiten?
- Welche Biomediatoren werden während des Drogenentzugs frei?
- Wie kann eine naturwissenschaftliche, klinische und sozialwissenschaftliche Begleitforschung von Substitutionprogrammen adäquat gestaltet werden?

Die Bearbeitung dieser Forschungsaspekte kann grundlegend zur Primärprävention bzw. Sekundärprävention der HIV-Infektion sowie zur generellen Drogenpolitik beitragen.

8.6.2.3 Pädiatrie

Als derzeit wichtigste Aktivität im Bereich der Kinderheilkunde gilt das Projekt *AIDS und Kinder,* das vom BMJFFG gefördert wird. Im Rahmen dieser multizentrischen Studie wird versucht, Neugeborene, deren Mütter HIV-infiziert sind, langfristig zu beobachten und zu betreuen. Dabei werden Anstrengungen unternommen, nicht nur den medizinischen, sondern auch den sozialen und psychologischen Schwierigkeiten gerecht zu werden. Bis zum Jahresende 1989 ist bundesweit die Entwicklung von 240 Kindern dokumentiert worden. Als ein vorläufiges Ergebnis dieser multizentrischen Studie, die an einem vergleichsweise kleinen Kollektiv erfolgt ist, gilt: Entwicklung von adäquaten Versorgungsstrukturen, die von der Mehrzahl der betroffenen Familien angenommen werden (siehe auch 4. Kapitel **AIDS bei Kindern** unter 4.4).

Ziele und Defizite

Im Bereich der Kinderheilkunde gelten folgende spezielle Themen als klärungsbedürftig:

Neuere Methoden des Virusnachweises wie die In-situ-Hybridisierung und die Polymerasekettenreaktion sollten vergleichend an den Kindern von HIV-infizierten Müttern (vertikal exponierte Kinder) geprüft werden; wahrscheinlich sind die neueren den herkömmlichen Verfahren überlegen.

Verschiedene Hinweise deuten darauf hin, daß HIV auch bei Kindern nachgewiesen werden kann, die klinisch gesund und immunologisch unauffällig sind. Hier gilt es herauszufinden, ob tatsächlich vermehrungsfähiges Virus übertragen worden ist oder nur Fragmente, die keiner Vermehrung fähig sind. Falls die Kinder vermehrungsfähiges und somit infektiöses Virus in sich tragen, stellt sich Frage nach einer optimalen Therapie. Mit der intravenösen Gabe von Immunglobulinen und Azidothymidin (AZT) wird eine gewisse Lebensverlängerung erreicht. Für weitere klinische Therapiestudien werden lösliches CD4 beziehungsweise CD4-IgG als bedeutsam betrachtet.

Da zunehmend Kinder mit AZT behandelt werden, stellt sich auch hier die Frage, ob damit möglicherweise resistente HIV-Stämme selektioniert werden. Die Ansprechbarkeit der jeweiligen HIV-Variante auf AZT sollte überprüft werden.

Besonders auffällig ist bei Kindern, deren Mütter HIV-infiziert sind (vertikale Exposition), daß der B-Zelldefekt dem T-Zelldefekt oft Monate und Jahre vorausgehen kann. Dieser B-Zelldefekt ist bislang nur in Ansätzen charakterisiert. Die bereits verfügbaren Methoden zur Messung der Immunglobulinsynthese in vitro sowie deren Regulation gelten als ausbaubar.

Da sich das kindliche Immunsystem deutlich von dem des Erwachsenen unterscheidet, sollte der prädiktive Wert sogenannter Krankheitsmarker (etwa löslicher Interleukin-2-Rezeptor oder Neopterin) untersucht werden.

Ein inzwischen häufig beobachtetes Phänomen ist die allergische Reaktion auf die Gabe von Medikamenten. Systematische Untersuchungen über die Freisetzung von Mediatoren werden als wichtig erachtet. Möglicherweise gelingt es durch entsprechende Analysen, allergische Reaktionen voraussagen und verhindern zu können.

II. Auswertungen

8.7 Forschung in der Bundesrepublik Deutschland

Die immer komplexer und differenzierter werdenden Aufgaben der AIDS-Forschung bedürfen einer flexiblen Anpassung. Um die verfügbaren Mittel besser auszunützen und die Qualität sowie Originalität der Forschung zu verbessern, erscheinen hierzulande strukturelle Verbesserungen notwendig. Ferner sollten an den Hochschulen Infrastrukturen und personelle Voraussetzungen geschaffen werden, die den Anforderungen angemessen sind.

Eine Zentralisierung der Forschungsförderung (z. B. nach ausländischem Muster) wird überwiegend abgelehnt — auch, weil die Tradition und Strukturen des Wissenschaftapparates hierzulande völlig anders sind. Vielmehr wird auf eine breite, sich frei entfaltende Forschung Wert gelegt, die allerdings einer stärkeren Koordination bedarf. Neben der Etablierung von Verbundprojekten und themenbezogener, überregionaler Arbeitsgruppen erscheinen neue Formen universitärer sowie außeruniversitärer Forschungskooperation notwendig.

Auch der internationale Forschungsaustausch gilt als verbesserungsbedürftig: Aufbau geeigneter Kommunikationsformen, Programme für den Wissenschaftleraustausch und Datenverbund. Neben der Koordination von Arbeitsgruppen bedarf es einer arbeitsteiligen Organisation; solidarisches Miteinanderarbeiten, Teamgeist, läßt sich freilich nicht organisieren — allenfalls fördern. Erwünscht sind ebenso bessere Beziehungen zwischen Grundlagenforschung und Industrie. In diesem Zusammenhang wird auch die gemeinsame Nutzung von Speziallaboratorien und -geräten sowie verschiedener zentraler Einrichtungen diskutiert.

Die gängigen Förderungszeiträume werden von einigen Forschern als zu kurz bewertet, um die komplexen Arbeitsgebiete der AIDS-Forschung adäquat bearbeiten zu können.

Die bisherigen, teilweise raschen Fortschritte in der AIDS-Forschung wurden auch durch wissenschaftliche Ergebnisse in anderen biomedizinischen Fachgebieten bzw. die Übertragung der dort erarbeiteten Methodiken auf AIDS-relevante Fragestellungen ermöglicht. Es gilt daher, zukünftig verstärkt auch solche Forschungsarbeiten zu fördern, die in angrenzenden Gebieten (u. a. Krebs, Allergien, rheumatische Erkrankungen, Infektionskrankheiten) wichtige Ergebnisse für die AIDS-Forschung erwarten lassen. Dabei sind grundlagenbezogene Forschungsansätze und anwendungsorientierte (auf die klinische Versorgung ausgerichtete) Untersuchungen zu unterstützen.

Die Kommission tendiert dazu, die Struktur der bisherigen Forschungsförderung prinzipiell für gut zu halten, sie aber durch stärkere Koordination und schnelleren Informationsaustausch effizienter zu gestalten. Etwas höhere Transparenz und Verbindlichkeit sollte auch dadurch geschaffen werden, daß Zwischenberichte der geförderten Vorhaben besser dokumentiert abgerufen werden können.

Besonders hervorgehoben wird, daß Defizite der AIDS-Forschung auch durch mangelnde Infrastruktur an deutschen Hochschulen bedingt sind; aber auch die Zahl der engagierten Wissenschaftler wird z. T. als zu gering erachtet. Da die Universitäten als wesentliche Träger der AIDS-Forschung der Länderkompetenz unterliegen, entsteht eine Grauzone zwischen Förderungsmaßnahmen des Bundes und der Länder. Beklagt werden insbesondere finanzielle Restriktionen in der Grundausstattung, überstrapazierte Ausbildungskapazitäten und forschungsfremde Verwaltungsstrukturen. Auch zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses für die AIDS-Forschung erscheint eine anspruchsvolle und qualifizierte Lehre wesentlich.

8.8 Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung, allgemein

Um der gegenwärtigen Entwicklung in der Forschung Rechnung zu tragen, ist die Einrichtung von Lehrstühlen — zumindest Professuren — für Immunologie, Retrovirologie, molekulare Zellbiologie, experimentelle Pathologie und klinische Infektiologie empfohlen worden. Nur durch breitflächige Förderung und langfristige Planung lassen sich die vielfältigen und komplexen Arbeitsgebiete der AIDS-Forschung bewältigen. Allgemein ist es im Bereich der biomedizinischen Grundlagenforschung derzeit besonders relevant, die Pathogeneseforschung und Arbeiten zur Entwicklung geeigneter Tiermodelle energisch voranzutreiben.

8.9 Sozialwissenschaften

Auch die Voraussetzungen der sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung weisen strukturelle Defizite auf. Um die Forschungsbedingungen künftig zu verbessern, ist ebenso eine stärkere Koordination und Kooperation erwünscht. Die verschiedenen sozialwissenschaftlichen Disziplinen — etwa Psychologie, Soziologie/Rechtssoziologie, Sexualwissenschaft, Gesundheitsökonomie, Evaluationsforschung — bedürfen einer Forschungsintegration. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang der Aus- bzw. Aufbau eines Wissenschaftssektors eigens für bevölkerungsbezogene Gesundheitspolitik — etwa im Sinne einer Public-Health-Forschung. Erwünscht ist weiterhin, daß bei der Forschungsorganisation vermehrt interdisziplinäres Arbeiten gefördert wird, ebenso der gegenseitige Informationsaustausch. Die Forschungsförderung erscheint verschiedenen Wissenschaftlern nicht ausreichend transparent; ein regelmäßiger Austausch über aktuelle Projekte wird empfohlen.

Bislang haben sich die sozialwissenschaftlichen Disziplinen besonders auf den Gebieten der Primär- und Sekundärprävention sowie der Beratung und Be-

treuung von Betroffenen engagiert. Dabei gilt insbesondere für die psychologische und sexualwissenschaftliche Forschung, daß sie gegenwärtig vorwiegend interventionsorientierte Themen bearbeitet. Erforderlich sind jedoch ausgewogene Forschungsaktivitäten, was eine verstärkte Berücksichtigung und Förderung auch folgeorientierter (mittel- und langfristiger) Fragestellungen erfordert. Damit würde die im Wissenschaftsbetrieb selbst angelegte Tendenz, Probleme auch theoretisch zu fundieren, unterstützt und ein Beitrag zur sozialwissenschaftlichen Grundlagenforschung geleistet.

Im einzelnen fehlen im Bereich der psychologischen AIDS-relevanten Forschung insbesondere Kenntnisse über die Vernetzungen von Neurologie, Psychiatrie und Psychologie. Darüber hinaus werden die Kapazitäten psychotherapeutischer Unterstützung von Betroffenen, ihren Angehörigen, aber auch ihrer Betreuer als unzureichend angesehen. Für die Wirksamkeit präventiver, beratender und betreuender Maßnahmen sind fundierte Kenntnisse über das Sexualverhalten in der Bevölkerung unentbehrlich. Daher gelten weitere Forschungsaktivitäten zu folgenden Themen als wesentlich: fortlaufende Untersuchungen über das Sexualverhalten (insbesondere unter Berücksichtigung Jugendlicher und promisker Heterosexueller), Studien über den Einfluß von AIDS auf die Sozialisation Jugendlicher und ihre Partnerschaften. Ferner wird empfohlen, vermehrt auch spezielle Fragen, die sich aus der Praxis ergeben, wissenschaftlich zu bearbeiten.

Umfassende und differenzierte Studien über die wirtschaftlichen und sozialen Folgen von AIDS sind notwendig, um fortlaufend den Aufwand für eine sachgerechte medizinische und soziale Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken abschätzen zu können. Auch sozial- und gesellschaftspolitische Schwierigkeiten sowie Folgeentwicklungen gilt es, frühzeitig wahrzunehmen und adäquat zu berücksichtigen. Bisherigen Analysen zufolge erscheint es dringlich, dafür Sorge zu tragen, daß Betroffene auf dem Arbeits- und Wohnungssektor nicht ausgegrenzt werden. Entsprechende Untersuchungen über die Lebensumstände Betroffener und die sozialen Auswirkungen der Infektion, wie z. B. sozialer Abstieg, Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot sollten daher kontinuierlich erfolgen.

Klärungsbedürftig ist weiterhin, ob die HIV-Infektion auch in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus auftritt. Sollten sich entsprechende Hinweise bestätigen, sind Präventions- und Hilfsmaßnahmen noch stärker auf die Lebensumstände unterer sozialer Schichten auszurichten.

Weiterhin hat sich gezeigt, daß hierzulande ein Ausbau der Evaluationsforschung notwendig ist. So gilt es, den wissenschaftlichen Standard dieser Disziplin anzuheben. Insbesondere der Zeitaufwand zur Theorie- und Methodenentwicklung scheint bislang unberücksichtigt. Auch eine übergreifende Evaluation (Analyse des Zusammenhangs verschiedener Maßnahmen) fehlt bislang.

8.10 Epidemiologie

Auf den Gebieten der Epidemiologie, der Sozial- und Infektionsepidemiologie bestehen grundsätzlich erhebliche Defizite. Die Bewältigung der weitreichenden, äußerst komplexen Aufgaben, die von diesen Disziplinen derzeit gefordert wird, erscheint ohne Stärkung der Epidemiologie in Forschung und Lehre nicht möglich. Die unterschiedlichen Einzelaspekte der epidemiologischen AIDS-Forschung — mathematische Modellrechnungen, statistische Erfassungen, Stichprobenerhebungen — werden weitgehend im „wissenschaftlichen Nebeneinander" betrieben. Die Zusammenführung der zahlreichen — auch kleineren — Studien unter gleichzeitiger Berücksichtigung sozial-, sexualwissenschaftlicher sowie juristischer Aspekte sind kaum möglich. Die grundsätzlich notwendige Infrastruktur einer unabhängigen forschenden Disziplin und trainierte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist praktisch nicht gegeben.

Das Wissen über die Ausbreitung der HIV-Infektion in der Bundesrepublik Deutschland ist unvollständig; die gegenwärtige Datenlage wird zur Anlage und Durchführung von Präventions- und Evaluationskampagnen von verschiedenen Fachleuten als ausreichend bewertet. Als derzeit vorrangig betrachtet die Kommission weniger die Kenntnis der tatsächlichen Infektionszahlen, sondern sichere Analysen über die Trends der Ausbreitung. Erneut stellt sich die Frage, welche epidemiologischen Methoden dafür zusätzliche Basisinformationen bringen. Die Diskussion über die mögliche Erschließung neuer Datenquellen bezieht sich insbesondere auf die Methode des Unlinked testing, Untersuchungen in sogenannten Sentinel populations und realitätsbezogene Modelle. Die Kommission bewertet diese epidemiologischen Methoden als prinzipiell sinnvoll und notwendig; sie sieht aber auch die Schwierigkeiten bei der praktischen Durchführung, die oft mit Datenschutzbestimmungen interferieren.*)

Grundsätzlich läßt sich epidemiologische Forschung nur betreiben, wenn dafür ein geeignetes soziopolitisches Klima geschaffen und erhalten wird. Die notwendigen Studien lassen sich durchführen, wenn sie von der Bevölkerung unterstützt werden, d. h., wenn sich die Erforschten als Subjekt und nicht als Objekt empfinden.

Deutlich wurde erneut, in welchem Ausmaß die jeweilige gesundheitspolitische Debatte vom aktuellen biomedizinischen Wissensstand beeinflußt wird. So könnte beispielsweise die Verfügbarkeit neuer Therapeutika für das Frühstadium der HIV-Infektion die Bereitschaft zum HIV-Antikörpertest stark verändern — mit weitreichender Bedeutung für die Datenlage über die Verbreitung der HIV-Infektion.

8.11 HIV-Diagnostika

Die Diagnostikaforschung ist mit vollem Einsatz betrieben worden und hat rundweg zu guten Erfolgen geführt. So hat die HIV-Diagnostik im Rahmen virus-

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 374

serologischer Nachweismethoden ein hohes Niveau erreicht. Derzeit wird insbesondere an Verfeinerungen einzelner Tests und an Systemen für Verlaufsuntersuchungen gearbeitet, ferner an Geräten zur weiteren Automatisierung der HIV-Testung.

Testsysteme zur Erfassung von Antikörpern gegen HTLV I sind demgegenüber noch nicht zufriedenstellend ausgearbeitet. Generell gilt, die Ausbreitung von HTLV-I-Infektionen in Europa sowie die epidemiologische Bedeutung dieser Erkrankung für die Bundesrepublik Deutschland äußerst sorgsam zu klären.

8.12 Medikamentöse Therapie und Impfstoffentwicklung

Als unerläßliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Wirkstoffentwicklung gelten brauchbare biologische Testsysteme, in denen die Wirkung von neuen Substanzen geprüft werden kann. Zur Verfügung stehen derzeit verschiedene In-vitro-Systeme: Zellkulturen, die mit HIV infiziert sind, sowie Enzyme, die aus HIV isoliert wurden. Solche Testsysteme ermöglichen die schnelle Prüfung von vielen Substanzen, sie ersetzen jedoch nicht die Prüfung von aussichtsreichen Wirkstoffen an infizierten Versuchstieren. Für die Routineprüfung von potentiellen Medikamenten gegen HIV steht noch kein praktikables Tiermodell zur Verfügung. Daher erscheinen Forschungsarbeiten zur Entwicklung geeigneter Tiermodelle dringlich.

Zur Entwicklung neuartiger Medikamente sind weitere grundsätzliche Kenntnisse über die Molekularbiologie, die Kontrolle der HIV-Replikation und -Infektion notwendig. Um bessere Strukturkenntnisse von einzelnen HIV-codierten Proteinen zu erhalten, erscheinen röntgenstrukturanalytische Untersuchungen wesentlich. Sie wurden bislang nur unzureichend betrieben. Darauf aufbauend lassen sich idealerweise maßgeschneiderte Hemmstoffe entwickeln.

Um das Wirkprofil und die Verträglichkeit neuer Substanzen zu bestimmen, müssen diese Verbindungen in ausreichenden Mengen verfügbar sein. Bislang sind keine Methoden für Synthesen in großem Maßstab entwickelt worden. Auch die Evaluierung der In-vitro-Aktivität von potentiell geeigneten Verbindungen wird als unzureichend betrachtet. Erwünscht ist, daß die Ergebnisse entsprechender Screenings besser vergleichbar sind. Für zahlreiche auf diesem Gebiet durchgeführte Untersuchungen wurden im Rahmen der Anhörung gentechnologische Arbeitsmethoden als unverzichtbar bezeichnet.

Aus der Sicht der Pharmaindustrie überschreiten die einzelnen zeit- und kostenaufwendigen Projekte der HIV-Therapie häufig die Möglichkeiten eines Industrieunternehmens. Daher wird ihrerseits eine verstärkte Kooperation mit anderen Institutionen gewünscht. Demgegenüber gelten die Investitionen der forschenden Arzneimittelunternehmen in seriöse Therapieforschung als vergleichsweise gering.

Als wissenschaftlich weitgehend unbearbeitet gilt die Frage, wie sich sicherstellen läßt, daß die Arzneimittel auch unbeeinflußt an die gewünschten Wirkorte im Organismus gelangen. Möglicherweise läßt sich die Effizienz einer Arznei sichern bzw. Nebeneffekte verhindern, indem die Substanz in schützende Transportpartikel eingebracht wird. So ist vorstellbar, eine gezielte HIV-Therapie in Makrophagen zu bewerkstelligen. Dieses sogenannte Drug targeting erscheint als ein wichtiges, förderungswürdiges Arbeitsgebiet der Therapieforschung.

Hinsichtlich der Zulassung von AIDS-Therapeutika stellt sich zunehmend die Frage, ob die gängigen Zulassungsverfahren in der Bundesrepublik Deutschland sinnvoll abgewandelt werden sollten — etwa im Sinne eines abgestuften Modells nach französischem Vorbild, wie temporäre oder nur auf eine Gruppe von Ärzten beschränkte Zulassung oder auch ausschließlich zur Verwendung im Krankenhaus. Weiterhin wird von Selbsthilfeorganisationen gefordert, von ihnen benannte Sachverständige an Fachgesprächen über die Gestaltung von Therapiestudien zu AIDS zu beteiligen. Unter der Voraussetzung, daß dabei kein Druck auf fachliche Entscheidungen ausgeübt wird, wird eine solche Mitarbeit befürwortet.*)

In der aktuellen Diskussion über angewandte Forschung nimmt hierzulande das Gebiet der Impfstoffentwicklung noch keine gewichtige Stellung ein. Unter den Auffassungen der Experten überwiegen zur Zeit skeptische Aspekte — etwa Verweise auf Risiken, fehlende Tiermodelle und hohe Variabilität des Virus.

8.13 Klinische AIDS-Forschung

Klinische AIDS-Forschung ist nur möglich, wenn vorrangig für eine adäquate Grundausstattung gesorgt worden ist; zur optimalen Versorgung der Kranken sind moderne Einrichtungen, eingearbeites Pflegepersonal und fachkompetente Ärzte unabdingbar. Dabei stellt der charakteristische Verlauf der HIV-Infektion, der mit wechselnden Phasen einer stationären sowie ambulanten Betreuung verbunden ist, besondere Anforderungen. So erscheint es aufgrund bisheriger Erfahrungen sinnvoll, den klinischen Zentren spezielle Ambulanzen anzugliedern. Dort erfolgt in Kooperation mit frei praktizierenden Ärzten die Koordination und fortlaufende wissenschaftliche Dokumentation der jeweiligen klinischen Studien — insbesondere der vielfältig notwendigen langfristigen Therapiestudien (Langzeituntersuchungen).

Um die klinische Therapieforschung effektiver zu gestalten, erscheint eine stärkere Koordination notwendig. Dabei gilt die Förderung von oligozentrischen Studien als wesentlich. Diskutiert werden auch eine zentrale Registrierung aller Therapiestudien, um die jeweiligen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen aktuell über die Aktivitäten anderer Gruppen zu informieren. Eine Zentralisation der klinischen Forschung wird dabei allerdings nicht angestrebt.

Generell erwünscht ist, daß die Dokumentation von Befunden weitgehend standardisiert erfolgt. Entsprechende Dokumentationssysteme sind bereits entwikkelt worden; doch Fragen des Datenschutzes und der

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 374

Anonymisierung sind noch nicht ausreichend geklärt.

Durch die Betreuung und Beobachtung von HIV-Infizierten ergeben sich wissenschaftlichen Fragestellungen, die aus klinischer Sicht bearbeitet werden sollten. Spezielle Themen, die sich in verschiedenen klinischen Fachdisziplinen (z. B. Innere Medizin, Neurologie, Dermatologie, Pädiatrie, Psychiatrie) stellen, erfordern eine gesonderte wissenschaftliche Förderung. Dabei scheint wesentlich, daß klinische Forschung mit völlig anderen Erfordernissen einhergeht als etwa ein Forschungssektor, der nicht mit der Versorgung von Patienten verbunden ist.

III. Empfehlungen*)

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen sowie auf die Länder hinzuwirken,

8.14 Grundsätzliches

8.14.1

die bisherige Förderung wissenschaftlich vielversprechender Projekte der AIDS-Forschung fortzusetzen;

8.14.2

Forschungsrichtungen und Forschungsvorhaben, die auch für das Thema AIDS relevant sein können, vermehrt zu fördern;

8.14.3

die üblichen Förderungszeiträume in ausgewählten Fällen zu verlängern, um die komplexen Arbeitsgebiete unterschiedlicher wissenschaftlicher Sachbereiche der AIDS-Forschung (z. B. klinische, sozial- und naturwissenschaftliche Themen) adäquat bearbeiten zu können;

8.14.4

Lehrstühle bzw. Professuren für die wissenschaftlichen Disziplinen neu einzurichten, in deren Sachbereichen Defizite infolge der AIDS-Problematik deutlich geworden sind (z. B. Public Health, Epidemiologie, Klinische Infektiologie);

8.14.5

zu klären, ob Verwaltungs- und Organisationsformen an Universitäten möglicherweise verhindern, daß Forschungsvorhaben von höchster Priorität — mit notwendigerweise rasch wechselnden Zielsetzungen — zügig abgewickelt werden können;

8.14.6

die bestehenden Stipendienfonds zu verstärken und den internationalen Erfahrungsaustausch effektiver zu fördern;

8.15 Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung

8.15.1

die Förderung der bisherigen naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung unvermindert fortzusetzen;

8.15.2

die Erforschung der Übertragungswege der HIV-Infektion zu unterstützen;

8.15.3

auch innovative Bereiche der experimentellen Chemotherapie in ihren chemischen und biochemischen Grundlagen weiter zu entwickeln;

8.15.4

die biologische Basis und medizinischen Grundlagen der Opiatsucht und des Suchtphänomens mit allen experimentellen Möglichkeiten zu erforschen;

8.15.5

die Arbeiten zur Entwicklung von relevanten Tiermodellen als Grundlage der Pathogeneseforschung sowie der Chemotherapie- und Impfstoffentwicklung zu fördern;

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 374 f.

8.16 Sozialwissenschaften

8.16.1

vermehrt AIDS-relevante Forschungsvorhaben aus den unterschiedlichen Disziplinen der Sozialwissenschaften in die Förderung aufzunehmen;

8.16.2

die Grundlagen der psychotherapeutischen Unterstützung von HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, ihren Angehörigen und ihrer Betreuer wissenschaftlich zu bearbeiten;

8.16.3

kooperative Studien zwischen klinischen Psychologen, Psychiatern und Neurologen zu fördern, insbesondere um auch Parameter zur Unterscheidung von hirnorganischen Manifestationen der HIV-Infektion, der psychischen Verarbeitung der Diagnose (Coping) und psychoreaktivem Verhalten erarbeiten zu lassen;

8.16.4

zur Grundlagenforschung der Psychoimmunologie Studien zu vergeben;

8.16.5

im Bereich der Sexualwissenschaften die Erforschung der Bisexualität aufzugreifen sowie die Problematik, ob und wie sexuelle Verhaltensweisen verändert werden, systematisch zu erforschen;

8.17 Epidemiologie

8.17.1

in epidemiologischen Untersuchungen bereits angefallene Daten unter Wahrung der Anonymität in ihrem jeweiligen Herkunftszusammenhang zu analysieren und die Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen besser miteinander zu verbinden;

8.17.2

Nutzen und Durchführbarkeit von epidemiologischen Studien an umschriebenen Indikatorpopulationen (Sentinel populations) weiter überprüfen zu lassen. Ferner sollte geprüft werden, inwieweit die Methode des Unlinked testing aussagekräftige Angaben erbringt bzw. welche Mindestdaten notwendig sind; *)

8.17.3

Studien zur Prognose der HIV- und AIDS-Ausbreitung und der sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu fördern (epidemiologisch fundierte Modellrechnungen, Simulationen, Szenarien);

8.18 Public Health

die Public-Health-Forschung auf- bzw. auszubauen;

8.19 Klinische Forschung und Therapie

8.19.1

klinische Studien zu dem Verlauf der HIV-Infektion und dem vielfältigen Spektrum von Manifestationen verstärkt zu fördern und die den Verlauf beeinflussenden Faktoren (z. B. Drogen) zu untersuchen;

8.19.2

die klinische Forschung zum Thema Opiatsucht zu unterstützen, insbesondere dabei den Einfluß von Drogen auf das Immunsystem, den unterschiedlichen Verlauf der HIV-Infektion bei Drogengebrauch sowie das Entzugsphänomen und die Selbstheilung zu berücksichtigen;

8.19.3

die Erforschung der unterschiedlichen Infektiosität während verschiedener Stadien sowie begünstigender und hemmender Faktoren (Prädilektionsfaktoren) verstärkt zu unterstützen;

8.19.4

klinische Therapiestudien (Behandlung der HIV-Infektion, opportunistischer Infektionen und sekundärer Tumoren) weiter zu unterstützen, wobei Nebenwirkungen, Langzeiteffekte verschiedener therapeutischer Methoden, die Polypharmakotherapie und neuartige Therapieprinzipien, u. a. das sogenannte Drug targeting (selektive Transportmechanismen zum Wirkort), mitzuberücksichtigen sind.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 375

9. Kapitel: AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt

Einleitung

Die Entwicklungsländer sind von AIDS besonders hart getroffen. Das dramatische Hereinbrechen der HIV-Infektion und von AIDS ist für die Gesundheitsdienste zu einer ungeheueren Herausforderung geworden. Dies gilt besonders für die strukturell und materiell ohnehin schwachen Gesundheitsdienste in den Entwicklungsländern.

AIDS ist ebenso ein soziales Problem. Es besteht kein Zweifel, daß bei einem unkontrollierten Fortschreiten von AIDS in den Entwicklungsländern deren soziale und ökonomische Strukturen äußerst gefährdet sind. AIDS betrifft gerade die bevölkerungspolitisch so wichtige Altersgruppe der 20- bis 40jährigen, und hier vor allem die politisch, wirtschaftlich und soziokulturell maßgeblichen Eliten in den Städten. Die schlimmsten Auswirkungen werden Familien vorausgesagt, denen nicht nur der Verlust des Lebensunterhaltes droht. Sie trifft auch die ganze Wucht der sozialen Auswirkungen der AIDS-Problematik: Isolation, Stigmatisierung und Arbeitslosigkeit seien hier nur als Stichworte genannt.

I. Bestandsaufnahme

9.1 Epidemiologische Ausgangssituation

Bis zum 31. März 1990 sind der WHO offiziell 237 110 AIDS-Fälle aus 153 Ländern der Welt gemeldet worden. 150 619 AIDS-Fälle wurden aus 44 Ländern in der amerikanischen Region gemeldet, 51 978 Fälle aus 48 Ländern in Afrika, 31 948 Fälle aus 29 Ländern in Europa und 2 565 Fälle aus 32 Ländern in Asien und Ozeanien.

Diese Meldungen entsprechen jedoch nicht der tatsächlichen Anzahl aller AIDS-Fälle; sie wird derzeit auf ca. 600 000 geschätzt. Der Grund hierfür liegt in der mangelnden Diagnostik und in der unzureichenden Meldepraxis der nationalen Gesundheitsbehörden, vor allem einiger afrikanischer Länder.

Die Zahl der AIDS-Vollbildfälle ist jedoch nur ein Teil des Problems, denn sehr viel mehr Menschen sind mit HIV infiziert. Der Verbreitungsgrad der HIV-Infektion liefert ein aussagekräftigeres Bild über den gegenwärtigen Stand der HIV/AIDS-Pandemie. Die WHO schätzt, daß zur Zeit weltweit 6—8 Mio. Menschen infiziert sind, davon ca. 3—4 Mio. Menschen in Afrika, mehr als 2 Mio. Menschen in der amerikanischen Region, 500 000 Menschen in Europa und mindestens 100 000 Menschen in Asien und Ozeanien.

Die Epidemiologie von HIV zeigt je nach Land eine besondere Eigendynamik. Die Übertragungswege für HIV sind zwar weltweit die gleichen: Sexualkontakte, Übertragung durch Blut, transplantierte Organe und

Gewebe sowie die Übertragung von der infizierten Mutter auf ihr Kind, vor, während und nach der Geburt. Vielfältige kulturelle, soziopolitische, sozioökonomische und andere spezifische Faktoren bestimmen jedoch neben der Zeitdauer, seit dem das HI-Virus in der jeweiligen Bevölkerung präsent ist, die relative Häufigkeit der drei Hauptübertragungswege. Beispielhaft sei erwähnt, daß das häufige Auftreten ulzerativer Geschlechtskrankheiten die Gefahr der Infektion mit HIV ebenso erhöht wie die bei bestimmten Krankheiten notwendigen Bluttransfusionen (z. B. bei Parasitenbefall und bei durch Mangelernährung bedingten Anämien sowie bei Sichelzellanämie etc.), solange der Ausschluß von HIV-positiven Blut nicht einwandfrei gewährleistet werden kann. Hinzu kommt die Übertragung von HIV durch mehrfach verwendete Injektionsbestecke. Auch die hohe Zahl vertikal infizierter Kinder, die einhergeht mit der steigenden Zahl durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infizierter Frauen, zählt zu solchen spezifischen Faktoren.

9.1.1 Das Ausbreitungsmuster der HIV/AIDS-Pandemie

Drei unterschiedliche globale Ausbreitungsmuster werden nach dem gegenwärtigen Informationsstand beschrieben. Sie geben nur eine verallgemeinernde Darstellung wieder. Nicht selten treten jedoch in einzelnen Ländern verschiedene epidemiologische Verbreitungsmuster gleichzeitig auf, auch können Mischformen dieser drei beschriebenen Muster entstehen.

9.1.1.1 Muster I-Länder (Pattern-I-Länder)

Das sind Länder, in denen die Übertragung hauptsächlich auf die Gruppe der homosexuellen und bisexuellen Männer und auf die Gruppe der Drogenabhängigen konzentriert ist. Heterosexuelle Übertragung ist bisher nur für einen kleinen Prozentsatz von AIDS-Fällen verantwortlich. Die HIV-Übertragung durch Blut und Blutprodukte spielte in der Vergangenheit eine größere Rolle, ist aber seit ca. 1985 weitgehend kontrolliert. Die Seroprävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt weit unter 1 %. In einigen Gruppen mit Risikoverhalten — vor allem i.v.-Drogenabhängige — kann sie jedoch bis auf über 50 % ansteigen.

Dieses Ausbreitungsmuster wird gegenwärtig vornehmlich in Nordamerika, Westeuropa, Australien, Neuseeland und einigen Ländern Lateinamerikas gesehen.

9.1.1.2 Muster II-Länder (Pattern-II-Länder)

In diesen Ländern ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr der bei weitem wichtigste Übertragungsweg für HIV. Männer und Frauen sind insgesamt gleichermaßen betroffen; jedoch gibt es deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den jüngeren Altersgruppen, hier überwiegen die Frauen. Die Mutter-Kind-Übertragung ist dementsprechend relativ häufig. Ein großes Problem ist hier auch die HIV-Übertragung durch ungetestete Bluttransfusionen und kontaminierte Spritzbestecke.

In einigen dieser Länder beträgt die HIV-Prävalenz mehr als 1 % in der erwachsenen Bevölkerung, und in einigen Städten sind bis zu 25—30 % der sexuell aktiven Bevölkerung infiziert. Für weibliche Prostituierte wurden Prävalenzen bis zu 90 % festgestellt.

Zu den Regionen dieses Ausbreitungsmusters gehören hauptsächlich Zentral- und Ostafrika, einige Länder im südlichen Afrika, städtische Gebiete in Westafrika sowie zunehmend einige lateinamerikanische Länder und die Karibik.

9.1.1.3 Muster III-Länder (Pattern-III-Länder)

In diesen Ländern werden HIV-Infektionen erst seit ca. fünf Jahren registriert. Die Infektionsrate ist bezogen auf die Gesamtbevölkerung außerordentlich niedrig. Nur 1 % aller bei der WHO gemeldeten AIDS-Fälle stammen aus diesen Ländern.

Bis heute sollen die meisten registrierten HIV-Infektionen außerhalb dieser Regionen und Länder erworben worden sein. So hat sich z. B. in Japan der größte Teil der Betroffenen an importierten Blutprodukten infiziert. Inzwischen ist aber auch homosexuelle und heterosexuelle Übertragung nachgewiesen worden. Bei weiblichen Prostituierten in Indien z. B. sind HIV-Seroprävalenzen zwischen 3 % und 7 % dokumentiert worden.

Besonders dramatisch war der Anstieg der HIV-Seroprävalenz bei i.v.-Drogenabhängigen in Thailand. In Bangkok ist die Infektionsrate unter den ca. 60 000 i.v.-Drogenabhängigen von unter 1 % im August 1987 auf 30 % im Juli 1988 und über 40 % Anfang 1989 gestiegen.

Zu diesem Ausbreitungsmuster sind Länder Osteuropas, des Nahen Ostens, Nordafrikas und die meisten Länder Asiens und des Pazifik zu zählen.

9.1.2 HIV-2-Infektion

Über die HIV-2-Infektion ist sehr viel weniger bekannt, doch darf man z. Z. davon ausgehen, daß die Hauptübertragungswege für HIV-2 im Prinzip die gleichen sind wie für HIV-1.

Infektionen mit HIV-2 sind aus Afrika, Amerika und Europa gemeldet worden, obgleich in Amerika und Europa die meisten Fälle importiert zu sein scheinen. HIV-2 ist vorwiegend in westafrikanischen Ländern epidemisch. Aber auch in zentralafrikanischen Gebieten und in Ostafrika ist HIV-2 inzwischen nachgewiesen worden.

Serologische Kreuzreaktionen zwischen HIV-1 und HIV-2 zeigen je nach geographischer Region ein unterschiedliches Muster, und die exakte Differenzierung zwischen HIV-1- und HIV-2-Infektionen sowie Doppelinfektionen mit beiden Virustypen werfen zunehmend diagnostische Probleme auf.

Noch fehlen die erforderlichen Langzeitstudien, um genauere Angaben über Pathogenität, Infektiosität, klinischem Krankheitsverlauf und epidemiologischem Verhalten von HIV-2 machen zu können. Erste Hinweise deuten darauf hin, daß die Inkubationszeiten für HIV-2 länger sind als für HIV-1. In einigen HIV-2 verursachten AIDS-Fällen sind darüber hinaus längere Überlebenszeiten festgestellt worden. Dies läßt eine geringere Pathogenität von HIV-2 mit einer von HIV-1 abweichenden Dynamik hinsichtlich der Ausbreitung von AIDS vermuten.

9.1.3 Projektionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die 90er Jahre

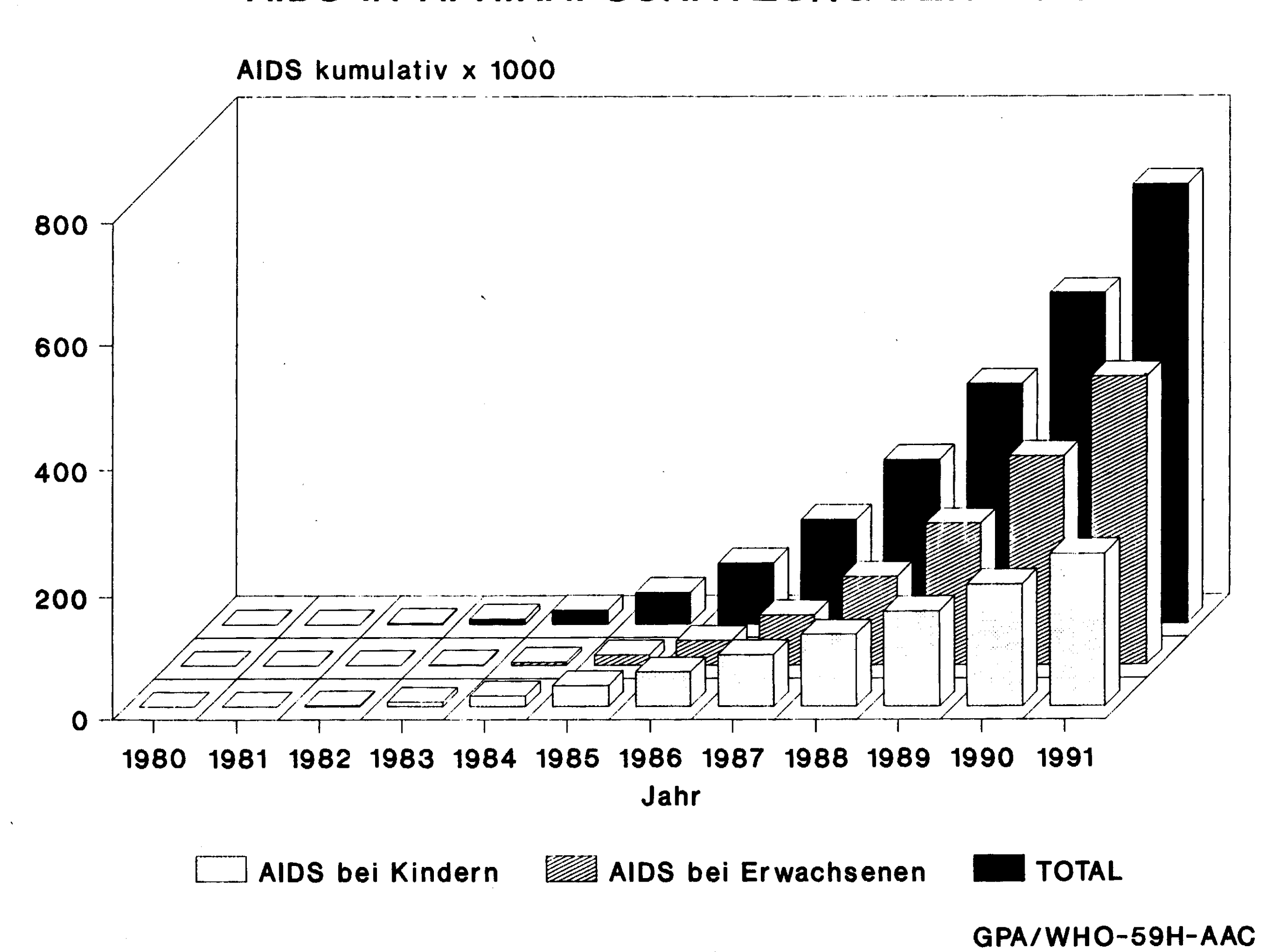
Ausgehend von einer sogenannten Delphi-Studie hat die WHO ein Projektionsmodell entwickelt, welches die vermutliche Zahl der AIDS-Fälle sowie ihre Verteilung vorherzusagen versucht. Danach werden in diesem Jahrzehnt ca. 14 Mio. neue HIV-Infektionen stattfinden.

Ende 1991 werden die kumulativen AIDS-Fälle weltweit die Millionengrenze überschritten haben. In den 90er Jahren wird diese Zahl auf über 6 Mio. AIDS-Fälle bei den Erwachsenen ansteigen. Davon werden ca. 3 Mio. AIDS-Fälle Personen betreffen, die sich bereits vor 1990 mit HIV infiziert haben.

Besonders gravierend wird die Situation für die afrikanischen Länder südlich der Sahara werden. Dort werden bis 1992 kumulativ ca. 800 000 Fälle von AIDS bei Kindern erwartet. Für das Jahr 1992 allein werden insgesamt 250 000 neue AIDS-Fälle vorausgesagt.

Dieses Szenario läßt erwarten, daß ohne entscheidende Durchbrüche in der Prävention der HIV-Infektion in den nächsten Jahren AIDS in weiten Teilen Afrikas zu einem Gesundheitsproblem in der gleichen Größenordnung wie Malaria, Durchfall- und Atemwegserkrankungen oder Mangelernährung werden wird.

Krankheits- und Sterblichkeitsraten werden aber auch durch andere Infektionskrankheiten ansteigen,



die durch AIDS indirekt induziert werden. Hier sei besonders die Tuberkulose genannt, die in diesen Ländern eng mit der durch HIV bedingten Immunschwäche korreliert.

9.2 Aufgaben verschiedener Institutionen

9.2.1 Rolle und Aufgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die WHO koordiniert international Arbeiten im Bereich des Gesundheitswesens. Im Hinblick auf AIDS hat die WHO eine umfassende Strategie zur Prävention und Kontrolle entwickelt. Dieses Global Programme on AIDS (GPA) wird heute von allen Ländern der Welt unterstützt.

Die AIDS-Strategie hat 3 Aufgaben:

1. Prävention der HIV-Infektion,

2. Milderung (Reduktion) der persönlichen und sozialen Auswirkungen der HIV-Infektion (einschließlich der Fürsorge für die HIV-Infizierten und an AIDS-Erkrankten) und

3. Koordination nationaler und internationaler Maßnahmen.

Dem GPA der WHO obliegt die Förderung, Koordinierung, Überwachung und Evaluierung der weltweiten Strategie zur Prävention und Beobachtung von AIDS. Dadurch soll eine internationale Zusammenarbeit und Koordination in allen relevanten Aufgabenbereichen, insbesondere der Forschung, sichergestellt werden. Darüber hinaus stellt das GPA technische und finanzielle Unterstützung für nationale AIDS-Programme zur Verfügung. In fast allen Entwicklungsländern sind mit Hilfe des GPA inzwischen nationale AIDS-Komitees eingerichtet und nationale AIDS-Programme entwickelt worden.

In den meisten Länderprogrammen, die bisher ausgearbeitet wurden, sind praxisnahe Knowledge-attitude-practice-(KAP)Studien geplant und zum Teil durchgeführt worden. Diese Studien haben zwei Zielsetzungen.

Erstens gilt es, den allgemeinen Wissensstand der Bevölkerung über AIDS und verwandte Gebiete zu untersuchen, um so zu erfahren, inwieweit öffentliche Aufklärungsmaßnahmen und spezielle Beratungsprogramme gegriffen haben oder in welchen Bereichen die Arbeit verstärkt werden muß.

Zweitens soll das sexuelle Verhalten und die Häufigkeit der Sexualkontakte analysiert werden. Vorurteile, die sich in Schlagworten wie „allgemeine Prostitution", „Sex-positives Verhalten" oder „allgemeine Promiskuität" niederschlagen, sind wenig hilfreich. Es gilt, die kulturspezifischen Faktoren herauszuarbeiten, also das, was aus der Tradition, der Religion und anderen Bereichen heraus das Sexualverhalten prägt bzw. beeinflußt.

Die Programme der WHO stellen gleichzeitig den Rahmen für die deutschen bilateralen Projekte dar. Von der Bundesregierung erhielt die WHO 1988 13 Mio. DM für die Durchführung von AIDS-Treuhandprojekten in Brasilien, Burkina Faso, Kamerun, Ruanda und Thailand.

Aus diesen Mitteln sollen in den Jahren 1988—1991 vor allem die Komponenten „Programme Management" und „Health Education" in den nationalen AIDS-Programmen unterstützt werden. Diese Maßnahmen sind eine sinnvolle Abstützung der bilateralen Aktivitäten in diesen Ländern, da die genannten Bereiche durch bilaterale Projekte allein nur schwer abgedeckt werden können. Ferner wird aus diesen Treuhandmitteln ein neu initiiertes Forschungsprogramm über HIV-2 in Afrika gefördert.

Zusätzlich zu diesen Mitteln werden von der Bundesregierung derzeit jährlich 500 000,— DM aus dem Haushalt des Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) an das GPA bereitgestellt.

Insgesamt stehen der WHO aus internationalen Geberbeiträgen für eine Zweijahresperiode 180 Mio. Dollar zur Verfügung.

9.2.2 Die Maßnahmen des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit (BMZ)

Bei ihrer entwicklungspolitischen Zusammenarbeit geht die Bundesregierung davon aus, daß die Souveränität der Entwicklungsländer zu respektieren ist und Projekte nur partnerschaftlich gestaltet werden können. Diese Grundsätze beinhalten auch, daß die Entwicklungsländer ihre Prioritäten selber setzen, d. h. die Bundesregierung kann nur auf Anforderung tätig werden. Dies bedeutet allerdings nicht, daß die Bundesregierung nicht versucht, ihre Vorstellungen zur Geltung zu bringen.

Im Rahmen des Politikdialogs wird auf die Konzeption der Bundesregierung für AIDS-Programme hingewiesen. Daraus hat sich eine Reihe von Programmen entwickelt. Bereits 1986 wurde mit den Aktivitäten begonnen. Im ersten Förderungsjahr wurden 4,651 Mio. DM für Zaire, Uganda und Malawi zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden im Rahmen von bi- und multilateralen Abkommen — sowohl auf der staatlichen als auch auf der Ebene der privaten Träger (Kirchen und anderen) — in den ersten zwei Jahren etwa 46 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Bi- und multilaterale Maßnahmen der Bundesregierung verfolgen dieselbe Konzeption und dienen der Unterstützung der nationalen AIDS-Programme in den Entwicklungsländern. Für die Durchführung der o. g. Maßnahmen bedient sich das BMZ verschiedener Unterorganisationen, deren Programme im folgenden näher beschrieben werden.

9.2.2.1 Aufgaben und Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ)

Die GTZ führt im Auftrag der Bundesregierung Projekte der bilateralen technischen Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern durch.

Im Rahmen der medizinischen Entwicklungsprojekte konzentriert sich der Beitrag zur Prävention und Bekämpfung von AIDS schwerpunktmäßig auf Länder, in denen die GTZ in der primären Gesundheitsversorgung bereits präsent ist.

Die bilateralen Maßnahmen setzen dabei vornehmlich in folgenden Bereichen an:

1. Einführung eines HIV-Screenings in Hospitälern und Blutbanken,
2. Einrichtung nationaler Referenzlabors für HIV- und AIDS-Diagnostik,
3. epidemiologische Studien,
4. Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Übertragungen durch Injektionen,
5. Aus- und Fortbildung des erforderlichen medizinischen und paramedizinischen Personals,
6. Förderung von Aufklärungsmaßnahmen und Erstellung von soziokulturell angepaßtem Informationsmaterial und
7. Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowie deren Partnern.

Für dieses rasch expandierende Förderungsprogramm mit Schwerpunkt Afrika wurden bisher über 10 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Die Koordination erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem GPA der WHO sowie anderen internationalen Organisationen. Mit dem Max-von-Pettenkofer-Institut und der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München sind inzwischen Kooperationsverträge geschlossen worden. Das Landesinstitut für Tropenmedizin in Berlin ist als Gutachter für die GTZ eingeschaltet.

AIDS-Bekämpfungsmaßnahmen sollten in bestehende Projekte integriert werden. Sonderprogramme, die von oben herab verordnet und dabei vorhandene Ressourcen nicht miteinbeziehen, sollten soweit wie möglich vermieden werden. Eine langfristige AIDS-Prävention kann nur erfolgversprechend sein, wenn die entsprechenden Maßnahmen langfristig in sämtlichen Gesundheitsdiensten auf allen Ebenen durchgeführt werden.

Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowie deren Partnern bilden zunehmend einen integralen Bestandteil aller Programme zur Bewältigung des AIDS-Problems. Die Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen, sowie die Einrichtung von Beratungsdiensten und von Workshops für Berater sind in diesem Zusammenhang besonders hervorzuheben. Die primären Gesundheitsdienste und die Familienplanungsprogramme in den Entwicklungsländern stehen hier einer völlig neuen Herausforderung gegenüber.

9.2.2.2 Untersuchung ausländischer Stipendiaten auf HIV

Seit Herbst 1985 werden alle Langzeitstipendiaten, die im Rahmen des Aus- und Fortbildungsprogramms des BMZ aus Entwicklungsländern in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, soweit der Aufenthalt länger als drei Monate dauern soll, im Rahmen der ohnehin stattfindenden ärztlichen Untersuchung nach der Einreise auf HIV untersucht. Seit etwa drei Jahren wird in den Ländern, aus denen bisher HIV-positive Bewerber kamen, schon bei der routinemäßigen Untersuchung vor Ort ein HIV-Antikörpertest durchgeführt, soweit es in den Ländern möglich ist. Bei diesen Ländern handelt es sich — abgesehen von Haiti — um Länder südlich der Sahara. Seit Einführung dieser Tests liegt die Zahl der positiven Bewerber unter einem Prozent.

Die gesundheitliche Eignung wird ebenso wie die fachliche Eignung als Voraussetzung für die Aufnahme eines Teilnehmers in das Programm angesehen. Aus der Sicht des BMZ geht es weniger um die Ansteckungsgefahr für die deutsche Bevölkerung als darum, möglichst alles zu vermeiden, was die Ziele des Programms beeinträchtigen könnte. Es handelt sich somit nicht um eine ausländerrechtliche Maßnahme, sondern um den Versuch, die für Stipendiaten verfügbaren Mittel voll zu nutzen, da anderenfalls die Gefahr bestünde, daß Stipendienmittel für die Versorgung kranker Stipendiaten aufgewandt werden müßten. Die normalerweise für Stipendiaten abgeschlossene Krankenversicherung deckt lediglich 5 000,— DM pro Jahr ab. So wie das BMZ verfährt zur Zeit nur Belgien. Die anderen europäischen Länder testen ihre Stipendiaten nicht. Auch das Auswärtige Amt sowie der Deutsche Akademischer Austauschdienst (DAAD) folgen einer Richtlinie des BMJFFG und testen Stipendiaten nicht.

9.2.3 Die Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT) mit anderen Institutionen und Ländern im Bereich der Forschung

9.2.3.1 Zusammenarbeit mit der Europäischen Gemeinschaft (EG)

Die AIDS-Forschung und -Forschungsförderung wird in zwei Fachprogrammen durchgeführt, an denen die Bundesregierung beteiligt ist:

1. Gesundheitsforschungsprogramm der Europäischen Gemeinschaft und
2. Programm für Wissenschaft und Technik der Entwicklungsländer.

Die Fortführung dieser Programme bis 1991 wurde vom Ministerrat der EG inzwischen beschlossen. Aus ihnen wurden bis heute 20 Mio. ECU für spezifische AIDS-Forschungsprojekte bereitgestellt.

Die finanzielle Unterstützung der AIDS-Forschung für Länder der Dritten Welt erfolgt insbesondere im Rahmen des Forschungsprogramms für die Entwicklungsländer. In der ersten Phase dieses Programms von

1983 bis 1986 haben Wissenschaftler aus Mitgliedsstaaten der EG zusammen mit afrikanischen Kollegen das Ausmaß der Verbreitung und die Transmissionswege des HI-Virus in Afrika untersucht. Mit der Fortführung dieses Programms 1987 wurde eine Ausweitung der Arbeitsschwerpunkte möglich, wo-durch insbesondere epidemiologische, virologische, immunologische und klinische Aspekte der HIV-Infektion in Entwicklungsländern untersucht wurden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf seroepidemiologischen Studien. Darüber hinaus laufen Studien zu regionalspezifischen, opportunistischen Infektionen. Auch gibt es Bemühungen, neue Virusstämme aufzuspüren und HIV-assoziierte Krebsformen zu untersuchen.

In der Bundesrepublik Deutschland sind dabei unter anderem das Deutsche Krebsforschungsinstitut in Heidelberg (DKFZ), das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenkrankheiten in Hamburg und zwei tropenmedizinische Arbeitsgruppen in Heidelberg und Tübingen beteiligt.

9.2.3.2 Zusammenarbeit mit anderen Ländern

Insbesondere mit den Ländern Osteuropas wurden vom BMFT im Rahmen des Abkommens über wissenschaftlich-technologische Zusammenarbeit (WTZ-Abkommen) Vereinbarungen über die Zusammenarbeit im Bereich der AIDS-Forschung getroffen. Hierbei spielt die DDR eine besondere Rolle und in geringerem Umfang auch die Sowjetunion.

Die Zusammenarbeit mit der DDR konzentriert sich derzeit noch auf den Informationsaustausch, die Durchführung von wissenschaftlichen Veranstaltungen und den Austausch von Wissenschaftlern. Hinzu kommt die Durchführung von gemeinsamen Forschungsprojekten sowie die gegenseitige Bereitstellung von Forschungsmaterial, Geräten und Ausrüstungen. Eine Reihe von wissenschaftlichen Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland hat unmittelbare Gespräche mit ihren Kollegen aufgenommen.

9.2.4 Zusammenarbeit mit den anderen Staaten der Europäischen Gemeinschaft (EG)

Die EG veranstaltet in regelmäßigen Abständen Sitzungen, welche der Koordinierung von bilateralen AIDS-Präventionsprogrammen in der Dritten Welt sowie dem Austausch von Erfahrungen dienen.

Wie die Bundesrepublik Deutschland unterstützen Italien, die Niederlande, Großbritannien und Dänemark AIDS-Programme auf multi- und bilateraler Ebene.

Nur bilaterale Projekte werden von Frankreich, Belgien und Irland durchgeführt. Die anderen Staaten beschränken sich auf die Unterstützung des EG-Programms.

Die EG-Länder haben die Führungsrolle der WHO als „Lead Agency" anerkannt und orientieren sich an deren Strategie.

9.2.5 Rolle der kirchlichen Nichtregierungsorganisationen in Afrika [1]

Die kirchlichen NROs haben im März 1987 eine gemeinsame Arbeitsgruppe „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern" gegründet, die am Missionsärztlichen Institut in Würzburg angesiedelt ist. Hierfür wurden Zeitstellengelder über die Aktion Misereor zur Verfügung gestellt.

In Würzburg wurde ein Schulungslabor für angepaßte Labortechniken eingerichtet, an dem Seminare für Fachleute oder Fachkräfte aus Entwicklungsländern durchgeführt werden. Außerdem wird in Zusammenarbeit mit der WHO das Mitteilungsblatt „AIDS-Action" in einer Auflage von etwa 80 000 Stück für Gesundheitsarbeiter in der Dritten Welt hergestellt und kostenlos zur Verfügung gestellt. Schließlich wurde mit der Herstellung von Aufklärungscomics für Einheimische unter Beteiligung von Fachleuten dieser Länder begonnen.

Die Arbeitsgruppe in Würzburg hat bisher in 32 Hospitälern und größeren Gesundheitseinrichtungen vor Ort Wochenendseminare durchgeführt. Die Erfahrungen dieser Arbeitsgruppe aus der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Ländern flossen in die Bemühungen weiterer Bischofskonferenzen ein und fanden ihren Niederschlag in kirchlichen Programmen.

Das Ziel von NROs ist es, sowohl die Initiativen, die in vielen Ländern von einheimischen Fachleuten und Laien gegründet werden, als auch die bestehenden Institutionen zu stärken und dabei die Koordination mit den staatlichen Organisationen zu suchen. Die kirchlichen Initiativen verfolgen dabei einen überwiegend dezentralen, bevölkerungsnahen Ansatz, da die bisherige Erfahrung zeigt, daß die zentralistisch angelegten WHO-bestimmten Programme in der Peripherie nur sehr ungenügend ankommen.

Die NROs stellen oft einen bedeutenden Teil (bis zu 50 %) der kurativen und präventiven Gesundheitsdienste und zwar mit steigender Tendenz, während die staatlichen Einrichtungen aufgrund der wirtschaftlichen Bedingungen eher einen Trend zur Verschlechterung zeigen.

In manchen Regionen, wie z. B. der Rakai-Provinz in Uganda und der Kagera-Region in Tansania, ist selbst die Basisversorgung der Kranken nicht mehr gewährleistet. Ähnliches gilt auch für Teile des Kupfergürtels in Sambia.

Die außerordentlich hohe Belastung durch AIDS überfordert die sowieso schon schwachen Gesundheitseinrichtungen und lenkt sie völlig von ihren jetzigen Aufgaben ab. Es kann erwartet werden, daß sich in den 90er Jahren ein zunehmender Handlungsbedarf im kurativen Bereich ergeben wird. Hinzu kommt die fehlende Grundversorgung der Hinterbliebenen, Alten und Kleinkinder mit Nahrungsmitteln.

Sogenannte Home-based-care-Programme für die Betreuung von AIDS-Patienten im Endstadium in der häuslichen Umgebung sollten daher vorrangig unterstützt werden, da sie die einzig durchführbare Alter-

[1] (NRO identisch mit NGO, non-governmental-organization)

native in diesen Ländern darstellen. Diese positiven Ansätze werden häufig von Betroffenen initiiert und zusammen mit anderen sich freiwillig engagierenden Gruppen aufgebaut. Hierfür werden u. a. einfache Heimpflegemittel zur Verfügung gestellt (Seife, Betttücher, Gummitücher), Besuche organisiert und das nötige Schulgeld für Kinder aus betroffenen Familien aufgebracht. Andere Selbsthilfegruppen entwickeln Aktivitäten, um den Kranken ein minimales eigenes Einkommen zu sichern, wieder andere betreiben Aufklärung in Clubs und Schulen und organisieren Straßen- und Dorftheateraufführungen.

9.3 Bericht über die Informationsreise einer Delegation der Enquete-Kommission nach Ruanda und Uganda

In der Zeit vom 22. Juni bis 1. Juli 1989 führte eine Delegation der Kommission unter Leitung des Abgeordneten Dr. Voigt (CDU/CSU) eine Informationsreise nach Ruanda und Uganda durch, an der die Abgeordneten Großmann (SPD), Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) und die sachverständigen Kommissionsmitglieder Riehl, Prof. Dr. Stille sowie Dr. Rehle von der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) und der Kommissionssekretär Dr. Dr. Lichtenberg teilnahmen.

Gründe für diese Informationsreise waren das bisher beobachtete Ausmaß und die Schnelligkeit der Verbreitung von HIV und AIDS in verschiedenen afrikanischen Ländern verbunden mit der Gefahr demographischer Einschnitte und Einbrüche in das ökonomische Gesamtsystem und die derzeit kaum zu bewältigenden Anforderungen an das dortige Gesundheitssystem. Darüber hinaus wollte sich die Delegation insbesondere über Präventionsmaßnahmen, die Beratung und Betreuung der Infizierten und Erkrankten und über mögliche sozioökonomische Auswirkungen einen Eindruck verschaffen. Der Besuch sollte auch klären in welcher Form derzeit die bi- bzw. multilaterale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen verläuft, ob diese ausreicht und welche Verbesserungen erforderlich sind. Dazu wurden in das Besuchsprogramm eine Fülle von Gesprächen mit Politikern, medizinischem Fachpersonal und Betroffenen ebenso aufgenommen wie Besichtigungen von Krankenhäusern, Labors und Forschungseinrichtungen, Gesundheitsstationen und der Selbsthilfeeinrichtung TASO.

9.3.1 Ruanda *)

Das zentralafrikanische Ruanda zählt zu den ärmsten Ländern der Welt. Bei einem jährlichen Pro-Kopf-Einkommen von 290 US-Dollar und nur geringen Deviseneinnahmen durch den Export von Kaffee und Tee gehört Ruanda den internationalen Entwicklungsländerkategorien LDC (least developed countries) und MSAC (most seriously affected countries) an. Aufgrund des Verfalls der Weltmarktpreise für Kaffee und Tee gerade in den letzten Jahren hat sich die finanzielle Situation der ruandischen Regierung drastisch verschlechtert.

Hinzu kommt, daß Ruanda mit derzeit über 7 Mio. Einwohnern das dichtest besiedelte Land Afrikas ist. Unter Zugrundelegung des derzeitigen Bevölkerungszuwachses von 3,7 % jährlich wird noch vor der Jahrtausendwende die 10 Mio. Grenze überschritten sein. Die dadurch bedingte weitere Verkleinerung der landwirtschaftlichen Anbauflächen wird zu abnehmender Bodenfruchtbarkeit und sinkenden Erträgen führen.

9.3.1.1 Epidemiologische Ausgangssituation

Die ersten AIDS-Fälle wurden in Ruanda im Jahre 1984 bekannt. Seither sind der WHO über 1 300 Fälle offiziell gemeldet worden, doch dürfte die wirkliche Zahl wesentlich höher liegen. (Meldung bis zum 31. Dezember 1989: kumulativ 2 285; WHO Stand: 31. März 1990)

Im Dezember 1986 wurde in Ruanda die erste landesweite HIV-Seroprävalenzstudie in Zentralafrika durchgeführt. Die sorgfältig konzipierte Untersuchung erbrachte repräsentative Ergebnisse für die städtische Bevölkerung und die Bewohner des ländlichen Bereiches. So waren auf dem Land, wo über 90 % der Bevölkerung Ruandas lebt, insgesamt 1,3 % HIV-infiziert. In den städtischen Ballungsgebieten hingegen waren 17,8 % der untersuchten Personen HIV-positiv. Alle Ergebnisse wurden im Western Blot bestätigt. Alle getesteten Seren waren HIV-1-positiv, HIV-2-Infektionen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nicht gefunden.

Eine Aufschlüsselung der Seroprävalenzdaten nach Altersgruppen zeigte für die städtische Bevölkerung folgende Ergebnisse:

Alter	0 — 5 Jahre	10,1 %
	6 — 15 Jahre	4,2 %
	16 — 25 Jahre	17,0 %
	26 — 40 Jahre	30,0 %
	über 40 Jahre	14,9 %

Frauen waren in den Städten häufiger HIV-infiziert als Männer, besonders signifikant in der Altersgruppe der 16- bis 25jährigen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, daß die jungen Mädchen von älteren Männern angesteckt wurden, die ihrerseits mehrere Partnerinnen haben.

Klar definierte Hauptbetroffenengruppen gibt es vergleichbar mit der Situation in den USA und Europa nicht. Betroffen und damit am meisten gefährdet ist die gesamte sexuell aktive Bevölkerung. Es wurde jedoch darauf verwiesen, daß bei Prostituierten, bei Lastwagenfahrern, bei Soldaten und bei Studenten besonders hohe HIV-Infektionsraten festzustellen sind.

9.3.1.2 Übertragungswege

In Ruanda ist, wie auch im übrigen Afrika südlich der Sahara, der heterosexuelle Geschlechtsverkehr der bei weitem wichtigste Übertragungsweg für HIV.

*) Sondervotum siehe Abschnitt D, Seite 376 ff.

Männer und Frauen sind gleichermaßen betroffen. Zunehmend Bedeutung gewinnt besonders in den städtischen Gebieten die perinatale Übertragung, da ein hoher Prozentsatz der schwangeren Frauen HIV-infiziert ist.

Ein weiteres Problem ist die HIV-Übertragung durch Blutransfusionen und Injektionen. Durch die Einführung von systematischen HIV-Screenings von Spenderblut hat Ruanda auf diesem Gebiet bereits wirksame Maßnahmen eingeführt.

9.3.1.3 AIDS-Präventionsmaßnahmen in Ruanda

AIDS-Präventionskampagnen werden in Afrika erschwert durch Faktoren wie Analphabetismus, defizitäre Medienlandschaft (keine oder kaum Zeitungen, geringe Dichte von Rundfunkempfängern, kein Fernsehen), zu geringe Einschulungsquoten und durch den Mangel an geschulten Multiplikatoren, die die Präventionsadressaten aufsuchen und aufklären könnten.

Dennoch sind auf dem Gebiet der AIDS-Bekämpfung in Ruanda gute Vorarbeiten geleistet worden. Seit Mai 1987 liegt das nationale AIDS-Bekämpfungsprogramm für den Zeitraum bis 1992 vor. Eine Geberkonferenz im Juli 1987 stellte die Anschubfinanzierung des Projekts sicher.

Der seit April 1988 gültige Aktionsplan wurde im März 1989 durch nationale und internationale Experten evaluiert. Aus der Reihe der Empfehlungen, die erarbeitet wurden, sind besonders die Verbesserungen der Zusammenarbeit sowie die Dezentralisierung der Programmaktivitäten auf allen Ebenen zu erwähnen.

Der Delegation wurde exemplarisch ein Wandkalender vorgestellt, der Monat für Monat verschiedene Präventionsbotschaften in Wort und Bild darstellt und fast überall in den öffentlichen Gebäuden zu sehen ist. Diese Monatsbotschaften werden parallel durch andere Medien, wie z. B. den Rundfunk, aufgegriffen und verbreitet.

Trotz Fehlens von Personal wurde eine Multiplikatorenschulung durchgeführt. In Schulkampagnen wandte man sich schwerpunktmäßig an Schüler der 7. und 8. Klasse sowie an Berufsschüler. Ein anderes Ziel ist die Erarbeitung von Curricula, die sich zum Einbau in den Ethik-, den Biologie- und den Sexualkundeunterricht anbieten.

Ein Teil der Präventionskampagnen wendet sich gegen die Diskriminierung von HIV-Infizierten und Erkrankten, sei es durch Ausschluß aus der Familie oder durch die Forderung von HIV-Antikörpertests durch Versicherungen und Arbeitgeber. Hier möchte nach Aussagen der Gesprächspartner auch der Staat reagieren, jedoch herrsche mancherseits noch Unsicherheit, es wurde Beratungsbedarf reklamiert.

Die intensiven Aufklärungskampagnen der ruandischen Regierung zeigen inzwischen erste Erfolge. Das Problembewußtsein und das Wissen über AIDS in der Bevölkerung ist in den letzten beiden Jahren deutlich gestiegen. Es ist allerdings noch zu früh, gesicherte Angaben über die Verlangsamung der HIV-Ausbreitung in den verschiedenen Bevölkerungsschichten zu machen.

9.3.1.4 Der deutsche Beitrag

9.3.1.4.1 HIV-Diagnostik in Ruanda

Im multilateralen Bereich hat die Bundesregierung 1988 dem GPA der WHO 13 Mio. DM für die Durchführung von Treuhandprojekten (Funds in Trust) in ausgewählten Entwicklungsländern zugebilligt. Aus diesen Mitteln soll Ruanda bis 1991 820 000 US-Dollar für den Bereich „Laboratory Support" im nationalen AIDS-Kontrollprogramm erhalten. Der Aufbau einer HIV-Serologie ist in erster Linie für die Optimierung des Blutspendewesens bzw. für die Diagnostik bei Erkrankten gedacht.

Auf bilateraler staatlicher Ebene hat die GTZ im Auftrag der Bundesregierung bereits im Jahre 1987 mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen begonnen. Bis Ende 1989 wurden hierfür Mittel in Höhe von 840 000,— DM zur Verfügung gestellt und für 1990 sind Ausgaben von ca. 700 000,— DM geplant.

Die Länderkomponente Ruanda ist integriert in ein überregionales Vorhaben mit der Projektbezeichnung „AIDS-Bekämpfung in Entwicklungsländern", das von der GTZ in enger Abstimmung mit der WHO durchgeführt wird.

Seit August 1988 arbeitet eine deutsche Laborexpertin für HIV-Diagnostik an der Medizinischen Fakultät der Universität Butare. Dort ist ein HIV-Diagnostikzentrum eingerichtet worden, das als Referenzlabor die Südregion Ruandas abdecken soll.

In Kibuye wurde ein HIV-Screeninglabor eingerichtet, in dem inzwischen eine ruandische Fachkraft selbständig arbeitet. Ein weiteres Screeninglabor wird 1990 in Cyangugu aufgebaut. Neben der Ausbildung einheimischen Fachpersonals in den HIV-Screeningtechniken und im Western-Blot-Verfahren obliegt der deutschen MTA auch die Aufsicht über bereits bestehende oder geplante HIV-Screeninglabors in Kibuye und Cyangugu.

9.3.1.4.2 Das Familienplanungsprojekt der Deutschen Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)

Die Aufklärungs- und Erziehungsarbeit zur Eindämmung der sexuellen Übertragung von HIV wird hauptsächlich in den beiden anderen deutschen Gesundheitsprojekten in Ruanda durchgeführt, dem GTZ-DED Gemeinschaftsprojekt „Verbesserung des ländlichen Gesundheitswesens" sowie dem Familienplanungsprogramm der GTZ.

Die schlechte Gesundheitssituation in Ruanda findet ihren Niederschlag in einer alarmierend hohen Säuglings- (von 1 000 lebend geborenen Kindern sterben 125 bis zum Alter von einem Jahr) und Müttersterblichkeit (bei 100 000 Lebendgeburten sterben 500 bis 2 000 Mütter im Kindbett).

Die GTZ führt in Zusammenarbeit mit der ONAPO (Office National de la Population) und den Gesundheitsbehörden ein Vorhaben in den südlichen Provinzen Ruandas durch, bei dem versucht wird, die Akzeptanz von Familienplanungsmethoden bei Männern und Frauen der Projektregion nachhaltig zu steigern. Neben der Integration der Familienplanung in den täglichen allgemeinen Gesundheitsdienst aller Zentren und Hospitäler wird dabei Wert gelegt auf die gleichzeitige Verbesserung der übrigen Komponenten der Mutter-Kind-Fürsorge wie Schwangerenbetreuung, Impfkampagnen, Förderung der Dorfgesundheitskomitees für die Gesundheitserziehung u. a. m. Der von der GTZ entsandte deutsche Arzt arbeitet dabei als „Conseiller technique" mit den Kollegen von der ONAPO und dem Gesundheitsministerium zusammen.

Dabei werden unter anderem Meinungsbildner als Multiplikatoren geschult, die die Akzeptanz von Familienplanungsprogrammen wesentlich steigern können. Ausgebildet werden z. B. Gemeindeagronomen, Gemeindeveterinäre, Schulräte, Jugenderzieher, Leiter kommunaler Erwachsenenbildungszentren, Bürgermeister, Sozialarbeiter und Gemeinderäte. Für die einzelnen Berufszweige wurden Anleitungen ausgearbeitet, die in die tägliche Arbeit integriert werden können.

Studien zum Sexual- und Reproduktionsverhalten sowie zur sozialen Akzeptanz der Geburtenregelung begleiten das Projekt, um traditionelle und religiöse Überzeugungen, die die Akzeptanz von Familienplanung erschweren, möglichst schnell und klar erkennen und entsprechende Strategien entwickeln zu können.

In dieses Projekt der gesundheitlichen Versorgung und Familienplanung werden auch Präventionsmaßnahmen gegen die HIV-Infektion eingebaut. So wird bei der Beratung in den Gesundheitsdiensten wie auch bei der Sexualerziehung in der Sekundarstufe die Benutzung und richtige Verwendung von Kondomen gezeigt. Das Sexualerziehungsprogramm in den Schulen wird von der ruandischen Regierung unterstützt und finanziert. Dieses Programm gewinnt an Bedeutung auch dadurch, daß immer mehr Männer aus Angst vor dem hohen Durchseuchungsgrad in den Städten in die ländlichen Regionen kommen, um dort eine junge Partnerin zu finden. Die jungen Mädchen wiederum sind entweder gar nicht oder nur schlecht aufgeklärt.

Dieses Sexualerziehungsprogramm darf jedoch nicht in katholischen Sekundarschulen durchgeführt werden. Dies wird deshalb für verhängnisvoll gehalten, weil in Butare beispielsweise von 19 Schulen 16 von der katholischen Kirche getragen werden. Es verbleiben also nur drei Schulen, in denen Sexualerziehung stattfinden kann.

Besonders die Benutzung von Komdomen wird von der katholischen Kirche nachdrücklich abgelehnt. Die katholische Kirche entwickelt und verweist in ihren Schulen nach eigener Aussage auf ihr Programm für die Natürliche Familienplanung.

Nach Auffassung der Vertreter der GTZ habe die Dramatik der Ausbreitung der HIV-Infektion in Ruanda an dieser Einstellung bisher nichts geändert. Diese Haltung der katholischen Kirche habe — darin sind sich die deutschen Experten vor Ort wie die Mitglieder der Delegation weitgehend einig — fatale Konsequenzen für die weitere Ausbreitung der Krankheit. Es ist daher dringend geboten, außerhalb des Schulunterrichts Sexualerziehung durchzuführen.

Über das katholische Familienplanungsprogramm und die AIDS-Prävention in Ruanda wurde mit den Repräsentanten der katholischen Kirche vor Ort nicht gesprochen. Das Kommissariat der Deutschen Bischöfe hat der Kommission hierzu eine Stellungnahme abgegeben, die im Wortlaut im Anhang abgedruckt ist.*)

9.3.1.5 Betreuung und Versorgung der Erkrankten

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß das AIDS-Problem die Gesundheitsbehörden, aber auch das medizinische und paramedizinische Personal, vor oft unlösbare Aufgaben stellt. HIV-Infizierte und AIDS-Kranke erfahren meistenteils keine ausreichende Betreuung und Versorgung. Sie werden in den Hospitälern mitversorgt. Dabei fehlt es am Nötigsten. Die Delegation der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages wurde immer mit den gleichen Wünschen konfrontiert. So fehlen dringend benötigte Ausstattungsgegenstände wie sterilisierbare Spritzen, Nadeln, Handschuhe etc. Das Personal muß sich mit Notlösungen zufriedengeben und trägt dadurch ein hohes eigenes Risiko.

Zur Behandlung der Sekundärsymptome fehlen die erforderlichen Medikamente entweder vollständig oder sie sind so teuer, daß sie deswegen nicht eingesetzt werden können. Diarrhö, Pilzerkrankungen, Tuberkulose und Malaria können nicht so behandelt werden, wie dies in medizinisch besser versorgten Ländern möglich ist. So haben die an AIDS-erkrankten Menschen kaum die Chance, adäquat versorgt und betreut zu werden.

Starke Defizite gibt es auch bei den zur Verfügung stehenden HIV-Antikörpertests. Es können nur wenige Tests durchgeführt werden, an vielen Stellen finden nur ELISA-Tests und keine Bestätigungstests Verwendung. Bereits die ELISA-Tests sind so teuer, daß auch hier eine Anwendung selbst bei starkem Verdacht auf AIDS oft nicht möglich ist.

Eine mobile Betreuung, die die Kranken in ihren Dörfern aufsuchen könnte, um sie dort zu versorgen, fehlt völlig. Die Delegation hatte den Eindruck, daß die laufenden Programme der WHO und der Bundesrepublik Deutschland wichtig und nützlich sind, daß jedoch eine nur wissenschaftliche und gesundheitserzieherische Ausrichtung nicht ausreicht. Sichergestellt werden muß eine an den lokalen Gegebenheiten orientierte und schnelle Hilfe bei der Ausstattung der Gesundheitsdienste und Krankenhäuser mit entsprechendem Material und mit Medikamenten für die Behandlung von opportunistischen Infektionen. Neben materiellen Hilfen werden die Industrieländer vermehrt für die Aufgaben in diesen Regionen ausgebildetes medizinisches Personal entsenden müssen.

---

*) siehe Anhang Seite 379ff.

9.3.2 Uganda

20 Jahre Bürgerkrieg hatte auf die Wirtschaft und insbesondere auf das Gesundheitswesen Ugandas verheerende Auswirkungen. Ohne Zweifel wurde dadurch die Verbreitung von AIDS beschleunigt.

9.3.2.1 Epidemiologische Ausgangssituation

Uganda hat von Anfang an die Spitzenposition in der WHO-AIDS-Statistik für die afrikanische Region eingenommen. Fast 8 000 AIDS-Fälle sind bis heute der WHO gemeldet worden. Die Hauptstadt Kampala und der Südwesten des Landes (Masaka und Rakai) sind besonders von der AIDS-Epidemie betroffen. (Meldung am 15. April 1989: kumulativ 7 375; WHO Stand: 31. März 1990)

1986 und 1987 durchgeführte Seroprävalenzstudien in verschiedenen Bevölkerungsgruppen zeigten für HIV-1 folgende Zahlen bei:

Prostituierten (nur in Kampala)	86 %
Überland-Lastwagenfahrern	33 %
Blutspendern	15 %
Schwangeren	14 %
Ambulanten Patienten	20 %

Vorläufige Daten für 1988 weisen darauf hin, daß der Trend nach wie vor nach oben zeigt, auch hier gibt es große regionale Unterschiede.

Eine Auswertung der gemeldeten AIDS-Fälle zeigt das schon bekannte Bild einer zweigipfligen Verteilungskurve: Ca. 10 % der Fälle sind Kinder unter 5 Jahren (in erster Linie perinatale HIV-Übertragung), und der Rest verteilt sich auf die sexuell aktiven Jahrgänge mit dem Schwerpunkt bei Menschen zwischen 15 und 45 Jahren.

Auch hier sind junge Frauen in der Altersgruppe zwischen 15—25 Jahren wesentlich stärker betroffen als die gleichaltrigen Männer. Die jüngste AIDS-Kranke ist gerade 11 Jahre alt. Sie wurde mit acht Jahren von Soldaten vergewaltigt.

9.3.2.2 AIDS-Präventinsmaßnahmen in Uganda

Deutlicher als seine Nachbarstaaten hat Uganda sich dem AIDS-Problem gestellt. Bereits 1986 wurde ein nationales AIDS-Komitee etabliert und ein Jahr später das nationale AIDS-Programm (ACP, AIDS-control-programme) für Uganda vorgelegt. AIDS-Prävention und -Bekämpfung wurde von der ugandischen Regierung, insbesondere von Staatschef Museveni, zur höchsten Priorität erklärt.

Die AIDS-Aufklärung kann in Uganda daher besonders offen betrieben werden. Im Gegensatz zu Ruanda zeigt sich die katholische Kirche hier flexibler. In den katholischen Schulen wird das staatliche Programm zugelassen und durch ein eigenes ergänzt. In der Öffentlichkeit finden sich zwei Präventionsbotschaften, die staatliche: „love carefully" (liebe vorsichtig) und die katholische: „love faithfully" (liebe treu).

Besonders große Hoffnungen setzt man in Aufklärungssonderprogramme für die Schulen. Eine soziokulturell angepaßte Unterrichtung von Schulkindern — noch bevor sie sexuell aktiv werden — kann als Präventionsmaßnahme gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Hier bietet sich die beste Chance, Weichen für die Zukunft zu stellen, da die Änderung des Sexualverhaltens ein langwieriger Prozeß ist.

Der dramatischen Zunahme der AIDS-Fallzahlen sind die ugandischen Gesundheitsdienste nicht gewachsen. Selbst in den besser funktionierenden Missionsspitälern sind die Kapazitätsgrenzen bereits erreicht. Auf manchen Krankenstationen sind AIDS-Patienten bereits in der Mehrzahl. Die rasche Zunahme der Tuberkulosefälle, die eng mit der Zunahme der HIV-Infektion korrelieren, schafft zusätzliche Probleme, da die übliche Standardtherapie bei ihnen nicht anspricht.

In dieser Situation kommt der Betreuung von AIDS-Kranken in der häuslichen Umgebung sowie der Beratung und Unterstützung von Familienmitgliedern große Bedeutung zu. In der klinischen AIDS-Ambulanz des Mulago Hospitals in Kampala sind bereits über 1 000 AIDS-Patienten registriert.

Eine der größten Selbsthilfeorganisationen von Uganda mit ca. 250 Mitgliedern ist in der Hauptstadt Kampala mit „The AIDS Support Organization" (TASO) entstanden. Die Organisation ist landesweit tätig, wenngleich der Schwerpunkt der Arbeit in der Hauptstadt liegt. Sie beschäftigt in Kampala zwölf hauptamtliche Mitarbeiter, in Masaka weitere acht. Die Organisation arbeitet eng mit dem in unmittelbarer Nachbarschaft gelegenen städtischen Mulago-Hospital in Kampala zusammen.

Die Organisation ist vornehmlich in folgenden Bereichen tätig:

— Gesprächsangebote und psychologische Beratung für infizierte Einzelpersonen und Paare, auch Sexualberatung. Kondome werden verteilt, nach eigener Darstellung allerdings nicht propagiert.

— Betreuung von Erkrankten, die keine Angehörigen haben, auch und insbesondere in ländlichen Gebieten.

— Sammeln von Spenden für die materielle Unterstützung Bedürftiger; Verkauf selbstgefertigter Handwerksartikel (z. B. Batiken).

— Gesprächsgruppen und handwerklich arbeitende Gruppen für Erkrankte, die nicht ständig bettlägerig sind. So werden z. B. in einer Arbeitsgruppe Bettlaken genäht und Geschenkbeutel für Erkrankte in ländlichen Gebieten zusammengestellt.

TASO wird von den staatlichen Stellen als wertvolle Ergänzung des allgemeinen, unzureichenden Pflege- und Betreuungsangebots angesehen.

Das Katholische Missionskrankenhaus Nsambya unterhält seit über einem Jahr einen „Mobile Home Care Service", der Patienten mit dem Vollbild AIDS betreut.

In Uganda sind die sozialen Auswirkungen der AIDS-Epidemie besonders deutlich sichtbar. Allein in der Südregion wird die Zahl der AIDS-Waisen auf 20 000 geschätzt. So lange es geht, werden diese Kinder im erweiterten Familienkreis aufgenommen. Doch mit dem Tod des Ernährers sind diese Familien der Verelendung preisgegeben. Auch können die verbliebenen Angehörigen das Geld für die Schulspeisung, die Schulbücher und die nötige Schuluniform nicht mehr aufbringen, das nach Angaben von ugandischer Seite ca. 135 US-Dollar pro Jahr beträgt. Die Zahl der Waisen steigt täglich um 15 Kinder allein im Rakai-Distrikt (bei etwa 600 000 Einwohnern).

9.3.2.3 Der deutsche Beitrag

Seit 1987 wird das Uganda Virus Research Institute (UVRI) in Entebbe mit Hilfe der GTZ zu einem unabhängigen nationalen Referenzlabor für HIV-Diagnostik ausgebaut. Mit der Einleitung der 3. Projektphase (Etablierung von virusproduzierenden Zellkulturen, Virusisolation und Viruspurifikation) ist inzwischen begonnen worden. Mit der praktischen Durchführung des Vorhabens ist das Max-von-Pettenkofer-Institut in München beauftragt.

Ab Mitte 1990 wird neben der Fortführung dieser Maßnahmen unsere bilaterale Unterstützung auf die Westregion Ugandas ausgedehnt. Die Aktivitäten mit den Schwerpunkten Aufklärung, epidemiologische Überwachung und Counterparttraining sollen in das dortige GTZ-Basisgesundheitsprojekt integriert werden.

II. Auswertungen

9.4 Epidemiologie

Die demographischen, wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen der AIDS-Pandemie in den Entwicklungsländern sind in ihrem Ausmaß nicht absehbar. Eine wissenschaftliche Abschätzung dieser Problematik wird erschwert durch das begrenzte Wissen über die Epidemiologie der HIV-Infektionen und der AIDS-Krankheit. Insbesondere müssen folgende Parameter noch erarbeitet werden:

— das pathogenetische Potential der HIV-Typen und ihrer Untervarianten;

— die Rolle von Kofaktoren beim Erwerb einer HIV-Infektion und deren Bedeutung hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs;

— welcher Anteil der HIV-Infizierten AIDS entwikkeln wird und in welchem Zeitrahmen dies geschieht;

— die Wahrscheinlichkeit einer vertikalen HIV-Übertragung von der infizierten Mutter auf ihr Kind in utero, während der Geburt und beim Stillen;

— die Wahrscheinlichkeit einer horizontalen HIV-Übertragung vom Mann auf die Frau und umgekehrt;

— die sexuellen Verhaltensmuster und ihre Beeinflußbarkeit in den jeweiligen Gesellschaften sowie

— die Veränderung der Infektiosität von HIV-Infizierten während der Inkubations- und Latenzzeit.

Die außerordentlich variable und lange Inkubationszeit von AIDS bedeutet, daß sich unser epidemiologisches Wissen nur langsam durch entsprechende Langzeitstudien vervollständigen wird. Diese Untersuchungen müssen in den Entwicklungsländern selbst durchgeführt werden, da die Erkenntnisse aus US-amerikanischen und europäischen Studien nicht ohne weiteres übertragbar sind. Diese Informationen wären aber erforderlich, um eine genaue epidemiologische Prognose hinsichtlich Krankheitszahlen und Infektionsausbreitung machen zu können.

Im Gegensatz zu den sozialen und ökonomischen Auswirkungen, die sich bereits heute abzeichnen, werden sich die demographischen Auswirkungen der AIDS-Pandemie in den Entwicklungsländern erst in vielen Jahren verstärkt zeigen. Die spezielle Altersstruktur und die hohen Geburtsraten in Afrika südlich der Sahara werden die zu erwartenden AIDS-Toten in den kommenden Jahrzehnten noch kompensieren. Nur wenn sich die HIV-Infektion völlig ungehindert auch in den ländlichen Gebieten ausbreiten sollte, könnte es potentiell zu einem Bevölkerungsschwund in diesen Ländern kommen.

Die größte Herausforderung an alle AIDS-Programme ist daher, die Transmission von HIV soweit wie möglich zu reduzieren. Irgendwann wird es dann einen endemischen Stand der Infektion geben. Das Niveau hängt von der Effektivität der AIDS-Präventionsprogramme ab.

9.4.1 Studien über die Verbreitung von AIDS und der HIV-Infektion in unterschiedlichen Personengruppen (Surveillance und Monitoring) *)

In den meisten nationalen AIDS-Präventionsprogrammen ist die Überwachung der Verbreitung von AIDS bzw. HIV-Infektion fester Bestandteil der Aktionspläne. Die so gewonnenen epidemiologischen Daten

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 378

können als Indikatoren dienen, in welchem Maße HIV-Übertragungen in den jeweiligen Zielgruppen verlangsamt werden konnten und inwieweit die spezifischen Aufklärungsmaßnahmen gegriffen haben.

Mangelhafte klinische Diagnostik und unzureichende Meldesysteme beeinträchtigen die Aussagekraft der Statistik jedoch sehr. Darüber hinaus können AIDS-Fälle lediglich Informationen über die Verteilung und das Ausmaß von HIV-Infektionen in der Vergangenheit liefern.

Für den Entwurf, die Umsetzung und die Evaluierung von AIDS-Präventions- und Kontrollprogrammen bedarf es auch der Kenntnis über das Ausmaß der Verbreitung der HIV-Infektion in der Bevölkerung sowie deren sexuellen und sozialen Gewohnheiten.

Serologische Überwachungssysteme erlauben die Ermittlung von Prävalenz- und Inzidenzraten für die HIV-Infektion und sind geeignet, unterschiedliche Trends in verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z. B. Stadt/Land) festzustellen. Die Methode des Sentinel-Surveillance, d. h. eine wiederholte Untersuchung in ausgewählten Personengruppen, die entweder repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung sind oder einer sogenannten „Hochrisiko"-Gruppe angehören, bietet sich gerade in den Entwicklungsländern als praktikable Lösung an. Die im *Zwischenbericht* (Kapitel 5) und im *Endbericht* Kapitel 2 **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten** erörterte Problematik, die mit allen Reihenuntersuchungen auf HIV verbunden ist, bleibt dabei freilich unberücksichtigt.

Ein einheitlicher methodischer Ansatz würde die Ergebnisse der verschiedenen Studien untereinander vergleichbar machen und so die Interpretation der Zahlen aus den jeweiligen Weltregionen erleichtern.

9.4.2 Risikofaktor Geschlechtskrankheiten

Von den vielfältigen kulturellen, soziopolitischen und sozioökonomischen Faktoren, welche die Verbreitung von HIV und AIDS besonders in den Entwicklungsländern begünstigen, spielen armutsbedingte Prostitution und promiskes Verhalten eine herausragende Rolle. Die zunehmende Urbanisierung mit dem daraus resultierenden Verlust traditioneller Lebensweisen, Migration (Wanderbewegung), die Trennung von den Familien durch Saisonarbeit und die Bürgerkriege sind weitere Faktoren mit destabilisierender Wirkung.

Geschlechtskrankheiten können die Verbreitung von HIV wesentlich beschleunigen. Insbesondere diejenigen sexuell übertragbaren Krankheiten, welche zu Ulzerationen (Geschwüre und offene Wunden) im Genitalbereich führen wie Syphilis, weicher Schanker (Haemophilus ducreyi) und Herpes genitalis, erhöhen das Risiko einer HIV-Infektion beträchtlich. Das heißt, ulzerierende Geschlechtskrankheiten machen den Betroffenen sowohl empfänglicher für eine HIV-Infektion, als auch infektiöser für seinen Sexualpartner. Maßnahmen zur Eindämmung von Geschlechtskrankheiten sind daher ein wesentlicher Beitrag zur Verminderung der HIV-Übertragung durch Sexualkontakte.

9.5 Gesundheitsdienste

In fast allen afrikanischen Staaten südlich der Sahara mangelt es bei der Umsetzung von nationalen AIDS-Präventionsprogrammen an finanziellen Mitteln und auch fachlichen Kapazitäten. Das dramatische Hereinbrechen der HIV-Infektion und von AIDS ist für die Gesundheitsdienste besonders der afrikanischen Länder zu einer untragbaren Belastung geworden. Aufgrund der wirtschaftlichen Probleme in diesen Ländern mußten vielfach die Gesundheitsbudgets in den letzten zehn Jahren im Verhältnis zum Gesamtstaatsbudget um 50 % gekürzt werden. Deshalb können bestehende Gesundheitsdienste kaum arbeiten. Sie müssen häufig pro Jahr mit 5,— DM pro Kopf der Bevölkerung auskommen. Dieser Betrag reicht nicht einmal für die dringendsten Bedürfnisse der kurativen und präventiven Versorgung aus, geschweige denn zur Bekämpfung einer zusätzlichen Bedrohung wie etwa AIDS. Diese Situation führt dazu, daß wichtige Programme zur Prävention von Malaria, Diarrhö und anderen Infektionskrankheiten nicht angemessen durchgeführt werden können.

Das fehlende Angebot zur Verhütung und Behandlung von Geschlechtskrankheiten, die in enger Verbindung mit der AIDS-Epidemie stehen sowie eine unzureichende Familienplanung machen die fatalen Konsequenzen mangelhafter Gesundheitsdienste deutlich.

Neben der Aufklärungs- und Erziehungsarbeit zur Einschränkung der sexuellen HIV-Übertragung können Primärgesundheitsdienste und deren Familienplanungskomponenten auch einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung der HIV-Infektion leisten. Hier kommt insbesondere der Vorbeugung von — durch parasitäre Erkrankungen und Mangelernährung bedingten — Anämien (Blutarmut) im Rahmen der Mutter-Kind-Fürsorge und der Betreuung von Sichelzellkranken eine große Bedeutung zu, da so die Zahl der Bluttransfusionen reduziert werden kann.

9.6 Beratung und Betreuung Betroffener

Die Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken sowie deren Partnern werden zunehmend einen zentralen Bestandteil von AIDS-Programmen bilden. Im Rahmen von Primärgesundheitsprogrammen wird bereits in erheblichem Umfang in Zusammenarbeit mit Dorfgesundheitshelfern das Selbsthilfepotential der Bevölkerung mobilisiert.

Besondere Bedeutung werden Selbsthilfegruppen im Bereich der häuslichen Betreuung von Kranken (Home based care) gewinnen. Die vielfältigen Ansätze in den verschiedenen Ländern bedürfen einer stärkeren Förderung.

Darüber hinaus sollten im Rahmen der Selbsthilfeförderung alternative Beschäftigungsprogramme für besondere Risikogruppen, wie z. B. Prostituierte, entwikkelt werden. Vorbilder dieser Art gibt es bereits in Kenia, Uganda und Ghana.

9.7 Soziale Auswirkungen

Von Beginn an war AIDS von emotionalen und irrationalen Reaktionen begleitet. Bislang unterdrückte Vorurteile über Rasse, Religion, sexuelle Orientierung, Nationalität und soziale Klasse brachen hervor. Gerade die Berichterstattung in der westlichen Welt über AIDS in Afrika hat in den betroffenen Ländern verständliche Emotionen ausgelöst. In diesen Zusammenhang gehört auch die Diskussion um einen möglichen Ursprung von AIDS in Afrika. Dies hat wertvolle Zeit und Energie zu Lasten effektiver Präventionsprogramme gekostet.

Auch die Untersuchung von Stipendiaten aus bestimmten Ländern hat zu einer heftigen Diskussion geführt. Dabei wurde deutlich, daß es sehr unterschiedliche Praktiken gibt. Wenn Untersuchungen gefordert werden, erfolgen diese weniger zum Schutz der deutschen Bevölkerung vor Infektionen, sondern um zu erreichen, daß nur gesunde Personen das Erlernte in ihren Ländern nutzbringend einsetzen können. Aufgrund der langen Inkubationszeit erscheint dies aber zu weitgehend, da grundsätzlich ähnliche Bedenken bei anderen Risikofaktoren wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes etc. nicht geltend gemacht werden. (Siehe hierzu auch 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 10 **Ausländerrecht und AIDS).**

Die in der Entwicklungshilfe tätigen Organisationen müssen in den jeweiligen Ländern ein Vertrauensverhältnis schaffen, damit die geplanten Bekämpfungsprogramme erfolgreich durchgeführt werden können. Das in der Presse und wenig seriösen Publikationen immer wieder beschworene Aussterben großer Populationen in Afrika ist wenig hilfreich bei der Entwicklung rationaler Präventionsstrategien.

AIDS ist ebenso ein soziales Problem. Es besteht kein Zweifel, daß bei einem unkontrollierten Fortschreiten von AIDS in den Entwicklungsländern deren soziale und ökonomische Strukturen äußerst gefährdet sind. AIDS betrifft gerade die bevölkerungspolitisch so wichtige Altersgruppe der 20- bis 40jährigen, und hier vor allem die politisch, wirtschaftlich und soziokulturell maßgeblichen Eliten in den Städten. Das wird für die Familie schlimme Auswirkungen haben.

Wirtschaftlich bedeutend kann die Tatsache werden, daß besonders Männer mit überdurchschnittlicher Bildung stärker von HIV-Infektionen betroffen sind. Auch ist zu erwarten, daß AIDS in absehbarer Zeit in den besonders betroffenen städtischen Gebieten in der Altersgruppe von 20 — 40 Jahren zur häufigsten Todesursache wird, wie auch heute schon in New York.

AIDS kann zu massiven sozialen Spannungen führen. Es bedarf großer Anstrengungen, damit AIDS-Patienten und HIV-Infizierte nicht aus der Gesellschaft oder der Familie ausgegrenzt werden. Das ist in Afrika besonders wichtig, weil die Gesundheitssysteme nicht einmal ansatzweise in der Lage sind, die AIDS-Patienten in Gesundheitseinrichtungen zu behandeln oder zu pflegen. Home care in der Familie ist die einzige Alternative.

In Uganda sind die sozialen Auswirkungen der AIDS-Epidemie bereits besonders deutlich sichtbar. Allein in der Südregion wird die Zahl der AIDS-Waisen auf 20 000 geschätzt. Solange es geht, werden diese Kinder im erweiterten Familienkreis aufgenommen. Doch mit dem Tod des Ernährers sind diese Familien der Verelendung preisgegeben.

9.8 Aufklärung

Erfahrungen in Tansania belegen, daß das Wissen um AIDS — wenn auch nicht in allen Details immer ganz korrekt — in der Bevölkerung erstaunlich weit vorgedrungen ist. Dies deckt sich auch mit Erfahrungen aus anderen Ländern. Es bleibt jedoch schwierig, die bedrohlichen Dimensionen der AIDS-Epidemie zu vermitteln. Große Hoffnungen werden dabei in Aufklärungssonderprogramme für die Schulen gesetzt. Eine soziokulturell angepaßte Unterrichtung von Schulkindern — noch bevor sie sexuell aktiv werden — kann als Präventionsmaßnahme gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, da die Änderung des Sexualverhaltens ein langwieriger Prozeß ist.

Bedingt durch die lange Latenzzeit zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit erscheint der afrikanischen Öffentlichkeit und auch manchem Politiker die Bedrohung nicht besonders akut. Vielfach wird AIDS noch als reine Angelegenheit des Gesundheitsministeriums angesehen. Andere Ministerien, insbesondere Erziehungsministerien, die eigentlich besonders gefordert wären, fühlen sich derzeit kaum angesprochen. In vielen Regionen behindert auch die Tabuisierung von Sexualität die Aufklärungsarbeit.

Die Akzeptanz von AIDS-Programmen wird dadurch erschwert, daß sichtbare Erfolge nur langfristig erkennbar werden. Bedingt durch die lange Latenzzeit von AIDS würde auch ein ab sofort effektives Interventionsprogramm erst in fünf bis sieben Jahren zur Verlangsamung des Anstiegs der Zahl der AIDS-Fälle führen. Es ist zu befürchten, daß die unabwendbare drastische Zunahme von AIDS-Fällen in den kommenden Jahren zur Resignation führt.

Dazu kommt die Angst vieler Länder vor dem Erliegen des Tourismus oder ausländischer Investitionen, die Angst eigener Fachleute vor der Ansteckung und die Verknüpfung von AIDS mit persönlicher Schuld sowohl in christlichen wie auch in animistischen Glaubensformen.

Die Erforschung des sozialen Umfelds von AIDS ist zweifellos in den ersten Jahren vernachlässigt worden. Zu stark war die Konzentration auf die Epidemiologie im klassischen Sinne, das Zählen von Fällen, Inkubationszeiten und die Pathogenität ausgerichtet. So wichtig Erkenntnisse in diesen Bereichen auch sind, reicht unser Wissen bereits aus, um konkrete und wirksame Präventionsprogramme zu initiieren.

Im Hinblick auf laufende und geplante Familienplanungsprogramme erfordert die AIDS-Epidemie ein Umdenken. Konflikte ergeben sich aus der bisher nicht eindeutig belegten Vermutung, daß bei der Anwendung von Spiralen (IUP, Intrauterinpessar) und hormonellen Kontrazeptiva eine erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit bestehen könnte.

Gleichzeitig haben Kondome im Rahmen von Familienplanungsprogrammen in Afrika meist zu wenig Aufmerksamkeit erhalten. Kondome werden künftig eine wesentlich größere Rolle in AIDS-Präventions- und Familienplanungsprogrammen erhalten, obwohl eine flächendeckende Versorgung große, z. T. heute unlösbar erscheinende Probleme aufwirft. Problematisch sind auch die relativ hohen Kosten (Verbraucherpreis etwa 10 Pfennig pro Stück) und die Schwierigkeiten bei der Verteilung an die Zielgruppen. In Afrika zeigt sich dennoch schon jetzt eine verstärkte Nachfrage.

9.9 Forschung in Interventionsprogrammen

Auffallend ist die Tatsache, daß sich ein großer Teil der Forschungsprogramme bislang auf die HIV-Epidemiologie im weiteren Sinne konzentriert und, sich wie eine WHO-Analyse feststellte, nur 2 % der Fragestellungen mit Interventionsstrategien befassen. Die für die Länderinterventionen zuständigen Organisationen wie WHO und GTZ wenden über 50 % ihrer Mittel für die Prävention auf. Die Grenze zwischen Forschung und Prävention ist allerdings fließend, wie das Beispiel der KAP-Studien (Knowledge-attitude-practice-Studien) zeigt. Durch sie werden in der Bevölkerung so wichtige Parameter wie das Wissen um die Übertragungswege von HIV, die Akzeptanz von Kondomen sowie Änderungen des Sexualverhaltens erforscht, die für die Planung und Durchführung von Aufklärungsprogrammen eine unerläßliche Voraussetzung darstellen.

9.10 Geberkoordinierung

Die Kooperation der verschiedenen Geber ist trotz der koordinierenden Rolle der WHO weiterhin eine schwierige Aufgabe. Es besteht ein erheblicher Koordinierungsbedarf zwischen den WHO-, den bilateralen und den kirchlichen Unterstützungsmaßnahmen. Die Empfängerländer selbst haben große Schwierigkeiten, die vielfältigen, häufig zu kurzfristig ausgelegten Hilfsprogramme zu steuern.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, in der multi- und bilateralen Zusammenarbeit mit Ländern der Dritten Welt nach folgenden Leitlinien zu verfahren:

9.11.1

Programme zur Prävention und Bekämpfung von AIDS sind langfristig und unter sorgfältiger Beachtung ethischer Grundsätze zu konzipieren.

9.11.2

Programme zur Prävention und Bekämpfung von AIDS sind — wo immer möglich — in bestehende Gesundheits- und Selbsthilfestrukturen einzubauen.

9.11.3

Die primäre Vorbeugung und Information bleibt die wichtigste Bekämpfungsmaßnahme, da zur Zeit weder eine effektive Therapie noch ein Impfstoff zur Verfügung stehen und auch in nächster Zeit nicht zu erwarten sind.

9.11.4

Bei begrenzten Mitteln hat die Förderung der Entwicklung und Durchführung von Interventionsstrategien und -programmen Vorrang vor der Unterstützung epidemiologischer und anderer wissenschaftlicher Projekte.

9.11.5

Der Mangel an soziologischen, ethnologischen und sexualpsychologischen Studien erschwert die Entwicklung von Strategien in einem so sensiblen Bereich wie der AIDS-Aufklärung. Entsprechende Untersuchungen und Studien müssen dringend nachgeholt werden. Wo immer möglich, ist hierbei auf lokales Know-how zurückzugreifen.

9.11.6*)

Studien über die Verbreitung von AIDS (Sentinel-surveillance) in unterschiedlichen Personengruppen sind zu fördern. Damit können Aussagen über den Trend der Ausbreitung der HIV-Infektion in den jeweiligen Zielgruppen gemacht und die Effizienz der eingeleiteten Präventionsmaßnahmen evaluiert werden. Die ethischen und sicherheitstechnischen Probleme aller Reihenuntersuchungen auf HIV-Antikörper müssen beachtet werden.

*) Minderheitenvotum siehe Abschnitt D, Seite 378

Dabei sind einheitliche methodische Ansätze anzustreben, um die Ergebnisse von epidemiologischen Erhebungen aus verschiedenen geographischen Regionen miteinander vergleichen zu können.

9.11.7

Geschlechtskrankheiten, insbesondere solche, die zu ulzerativen Veränderungen im Genitalbereich führen, können wesentlich zur Verbreitung von HIV beitragen. Programme zur Eindämmung von sexuell übertragbaren Krankheiten müssen integraler Bestandteil von AIDS-Bekämpfungsmaßnahmen sein und sind daher verstärkt zu unterstützen.

9.11.8

Die Anwendung von Kondomen ist besonders bei Gruppen mit häufigem und wechselndem Geschlechtsverkehr, auch im Hinblick auf die Vermeidung anderer Geschlechtskrankheiten, zu förden. Wo immer ökonomisch sinnvoll und entsprechende Qualitätskontrolle vorhanden, sind Länder auch bei der Errichtung eigener Produktionsstätten für Kondome zu unterstützen (z. B. in Südostasien).

9.11.9

Die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern — vor allem in Afrika — müssen gestärkt werden. Besonders dringlich ist der Aufbau von Primärgesundheitsdiensten. Hierzu sollte die Bundesregierung zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen. Wenn ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung steht, aber nicht adäquat vergütet werden kann, sollten vorübergehend auch Gehaltskosten übernommen werden.

9.11.10

Um eine Behandlung opportunistischer Infektionen zu gewährleisten, muß die Ausstattung der Krankenhäuser und primären Gesundheitsdienste mit Medikamenten erheblich verbessert werden.

9.11.11

Die hohe Zahl der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen erfordert eine wesentlich bessere Ausstattung der Krankenhäuser und Primärgesundheitsdienste mit Hilfsmitteln, z. B. Handschuhe, sterilisierbaren Spritzbestecken, Sterilisatoren etc.

9.11.12

Neben Investitionskosten müssen Geber sich zunächst an den laufenden Kosten für den Betrieb von Gesundheitsdiensten beteiligen, da die besonders von AIDS betroffenen Länder bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen derzeit nicht einmal in der Lage sind, die bestehenden Dienste einigermaßen aufrechtzuerhalten.

9.11.13

Die Förderung von Selbsthilfegruppen und anderen Nichtregierungsorganisationen zur Betreuung von AIDS-Kranken in der Familie (Home based care) ist angesichts der prognostizierten Fallzahlen vordringlich.

9.11.14

Die Abstimmung der verschiedenen Gebermaßnahmen ist im Rahmen des Global Programme on AIDS zu verbessern. Dabei muß die Koordinierung vor allem in den Ländern selbst liegen. Die Zusammenarbeit in den nationalen Programmen ist von entscheidender Bedeutung und ist dementsprechend zu unterstützen.

9.11.15

Kirchliche und nicht kirchliche Organisation sollten über Zeitstellen weiterhin gefördert werden, um die breite Präsenz von motivierten, relativ krisenstabilen einheimischen und externen Mitarbeitern zu nutzen.

9.11.16

Ausländische Stipendiaten sollten entsprechend den Empfehlungen der WHO nicht mehr auf HIV-Antikörper untersucht werden, da diese Untersuchung keine epidemiologische Bedeutung hat und ungeeignet ist, den Erfolg eines Stipendiums zu prognostizieren.

9.11.17

Tropeninstitute und entsprechende Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland sind durch eine gezielte Förderung in den Stand zu versetzen, an internationalen Forschungsvorhaben, die die Dritte Welt betreffen, teilzunehmen. Problembereiche wie eine verbesserte klinische Diagnostik und Behandlung von AIDS bei Erwachsenen und Kindern in den Entwicklungsländern müssen dabei Vorrang haben.

9.11.18

Aufgrund des erheblichen Mangels an eingearbeitetem Fachpersonal in unterentwickelten Ländern ist eine großzügige Vergabe von Stipendien an einheimische Ärzte und anderes Fachpersonal zu organisieren, die ihrerseits nach ein bis zwei Jahren Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland qualifiziert sind, eine sachgerechte Betreuung und Versorgung von AIDS-

Kranken oder professionelle Aufklärungsarbeit in ihren Heimatländern durchzuführen.

Auch der Einsatz von deutschen Ärzten und medizinischem Hilfspersonal ist durch Zusatzausbildung im tropenmedizinischen und soziokulturellen Bereich für den Einsatz in unterentwickelten Ländern vorzubereiten.

9.11.19

Im politischen Dialog mit Ländern der Dritten Welt ist darauf hinzuwirken, daß dort, wo private Träger von Schulen HIV-präventive Sexualerziehungsprogramme nicht zulassen, diese außerhalb der Schulen durchgeführt werden.

9.11.20

In bilateralen Kontakten ist die Situation HIV-Positiver und AIDS-Kranker oder der jeweiligen Hauptbetroffengruppen (z. B. Homosexuelle, Prostituierte) anzusprechen und gegebenenfalls auf die Respektierung der Menschenrechte dieser Gruppen hinzuwirken.

ABSCHNITT D

Minderheitenvoten/Sondervoten

Sondervotum zum Endbericht der Enquete-Kommission zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS, Abg. Eimer (FDP), Seite 32 ff.:

Die Ergebnisse kritisch werten

Die Enquete-Kommission zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS sollte Entscheidungshilfen für die Politik vorbereiten und dazu Fakten und Wissen sammeln und Empfehlungen geben.

Wir stehen erst am Anfang der Entwicklung dieser Krankheit und ebenso am Anfang der Erkenntnisse über diese Krankheit. Der Umfang und die Art des Berichts der Kommission könnte aber den Eindruck erwecken, daß in vielen Fällen gesicherte Erkenntnisse über die Krankheit und über das notwendige menschliche, persönliche und politische Verhalten vorliegen würden.

Selbst in der Zeit der Beratung dieser Kommission sind viele neue Erkenntnisse gewonnen worden, alte Erkenntnisse mußten als falsch umgestoßen werden.

Alle Erkenntnisse der Menschen sind begrenzt. Was heute für wahr gehalten wird, kann sich morgen als falsch herausstellen. Deswegen ist es besonders wichtig, daß alle Aussagen der Kommission kritisch behandelt werden, insbesondere je weiter die Zeit fortschreitet.

So ist es nicht verwunderlich, daß manche Entscheidungen, manche Empfehlungen besonders schwer gefallen sind. Eine war z. B., ob HIV-infizierte Kinder in normale Kindergärten gehen dürfen. Die Mehrheit der Kommission hat dies bejaht. Nach heutiger Erkenntnis ist dies wohl richtig, vor allem, wenn man wegen der sehr geringen Ansteckungsgefahr die Kinder vom normalen Leben ausschließt. Aber es lebt sich schwer mit der Sorge, daß diese Empfehlung möglicherweise falsch sein könnte. Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, daß alle Erkenntnisse und Empfehlungen, die in dem Bericht der Enquete-Kommission niedergelegt sind, regelmäßig kritisch überprüft werden.

Eine Erkenntnis scheint sehr sicher zu sein, nämlich daß eine Ansteckung im normalen sozialen Leben nicht stattfindet. Dies gibt uns die Möglichkeit, Infizierten und Kranken unbefangen entgegenzutreten, obwohl über die Übertragungswege und -wahrscheinlichkeiten volle Klarheit noch nicht besteht. Dies zeigt der Bericht sehr deutlich, demgegenüber werden aber die Möglichkeiten, sich durch Safer sex zu schützen, geringer angesehen.

Gliederung, Umfang, Wertung

Die Kommission ist der Versuchung erlegen, zu viel und zu umfangreich zu berichten. Der Zweck und das Ziel dieser Enquete-Kommission, dem Bundestag eine Entscheidungshilfe zu liefern, wird dadurch erschwert. Denn nur wenige Abgeordnete werden sich aus Zeitgründen in dem notwendigen Umfang mit dem Thema beschäftigen. Eine Zusammenfassung aller Empfehlungen auf der einen Seite und der Wissensvermittlung auf der anderen Seite hätte das Leben wahrscheinlich erleichtert, aber es muß selbstkritisch zugegeben werden, daß diese Erkenntnis erst kam, als die Fülle des Materials vorlag.

Obwohl die einzelnen Kapitel zum überwiegenden Teil meine Zustimmung fanden, erhielt der Gesamtbericht durch eine unterschiedliche Länge der verschiedenen Meinungen andere Gewichte als es wünschenswert wäre. Die zentralen Aussagen für den politisch Handelnden kommen nicht deutlich zum Ausdruck. Abweichende Meinungen sind in diesem Bericht sowohl im Text als auch als Minderheitenvoten am Ende enthalten. Selbst wer den Text insgesamt liest, kann sich mit einem Überblick schwertun.

Konflikt zwischen Grundrechten

Ein wichtiger Grundsatz, auf den im Bericht nicht deutlich genug hingewiesen wird, ist die Tatsache, daß wir bei der Immunschwäche AIDS stärker und schmerzlicher darauf hingewiesen werden, daß wir immer im Konflikt zwischen verschiedenen Grundrechten stehen. Hier geht es vor allem um das Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit, das informationelle Selbstbestimmungsrecht (Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz) und auf das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz). Hier kommt in der allgemeinen Diskussion zu kurz, daß im Zweifelsfall der Schutz des Lebens und der Gesundheit das höherwertige Rechtsgut sein muß, denn schon Artikel 2 Abs. 1 des Grundgesetzes grenzt das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit ein, soweit „nicht die Rechte anderer verletzt" werden.

Der liberale Grundsatz: „Meine Freiheit hört dort auf, wo die des Nächsten beginnt" muß auch beim Umgang mit der Immunschwäche AIDS berücksichtigt werden.

Die Kehrseite der Freiheit ist für Gesunde und Kranke die Verantwortung für sich selbst, aber vor allem auch für andere, die die Freiheit meines Handelns begrenzen kann.

Der HIV-Antikörpertest

Von allen notwendigen Aussagen zur Beratung beim Test geht die notwendige klare Aussage unter — von einem Teil der Kommission gewollt —, daß der freiwillige Test stärker propagiert werden muß. Als ein Argument gegen den Test wurde angeführt, daß ein negativer Test eventuell als Freibrief verstanden werden, hingegen ein positiver Test die Infektion auch nicht mehr rückgängig machen könne. Demgegenüber muß betont werden, daß natürlich ein Testergebnis nicht in die Vergangenheit wirkt, aber in die Zukunft wirken muß und dies auch kann. Jeder, der sich testen läßt, ist Empfänger der Präventionsbotschaft. Der Schluß, den er bei einem HIV-negativen Ergebnis zieht, wird nicht der sein: Mir kann nichts passieren. Sondern: Ich bin noch einmal davongekommen, es lohnt sich, sich vorzusehen.

Ein positiver Test kann mir zwar nicht mehr helfen, aber mich bewahren, andere anzustecken. Es muß davon ausgegangen werden, daß das definitive Wissen um die eigene Infektion in den meisten Fällen die Verantwortung stärken wird und zu einem anderen Verhalten führt, denn trotz Kondom ist Ansteckung nicht völlig auszuschließen. Wer infiziert ist oder annehmen muß, daß er infiziert ist, muß seinen Partner informieren. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung hat gegenüber dem Recht auf körperliche Unversehrheit zurückzustehen. Wer verantwortlich handeln will, muß sich vor allem wegen der Sicherheit seines Partners oder seiner Partner testen lassen.

Anonyme Tests sind nötig, um verläßliche Daten über die Durchseuchung der Bevölkerung zu erhalten. Die heutige anonyme Labormeldepflicht bringt dies nicht, weil wir nur wissen, wieviele Testergebnisse positiv sind, nicht wieviele Mehrfachtestungen vorgenommen werden und wieviele Personen sich insgesamt testen lassen. Wenn man aber von einem Bruch nur den Zähler, nicht aber auch den Nenner kennt, kann man Prozentzahlen nicht errechnen.

Für den Krankenhaus- und Pflegebereich wäre dem Pflegepersonal zu empfehlen, sich regelmäßig testen zu lassen, um im Falle einer Ansteckung Ansprüche zu sichern. Auch der Schutz der Patienten vor Ansteckung durch Pflegepersonal könnte so noch weitergehend gewährleistet werden.

Sicherheit vor Ansteckung

Der Bericht beschreibt zutreffend, daß sich jeder schützen muß und daß das Kondom zur Zeit der beste Schutz ist. Aber der Bericht kann einen Eindruck hervorrufen, der einen oberflächlichen Leser die Sicherheit des Kondoms überschätzen läßt. Dabei spielt es keine Rolle, ob die mangelnde Sicherheit durch Anwendungsfehler oder technische Defekte kommt.

Darüber hinaus hat die Anhörung über die Makrophagen ergeben, daß eine Ansteckung über Schleimhautkontakte, also z. B. beim intensiven Zungenkuß, nicht ausgeschlossen werden kann. Dagegen wird argumentiert, daß es keinen epidemiologischen Nachweis für Ansteckungen über diesen Weg gibt. Das kann sein, aber es gibt auch keine Untersuchung darüber. Jeder, der Verkehr hat, hat auch Schleimhautkontakte über Küsse. Welchen Weg die Infektion gegangen ist, läßt sich noch nicht nachweisen. Obwohl die Propagierung der Treue als allgemeine Präventionsbotschaft sicher unrealistisch und unbrauchbar ist und Liberale auch keine moralischen Vorschriften aufstellen wollen und dürfen, kann nicht deutlich genug gesagt werden, daß zur Zeit der einzige zuverlässige Schutz vor AIDS die beiderseitige Treue ist. Wer in Promiskuität lebt, kann durch Kondome sein Risiko verringern, aber nicht die Gefahr der Ansteckung völlig ausschließen.

Bundesseuchengesetz und Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten

Fachleute betonen, daß beide Gesetze veraltet und überholt seien. Dementsprechend werden beide als untauglich bei der Bekämpfung von AIDS bezeichnet. Andererseits hat die Kommission in unterschiedlichen Kapiteln Empfehlungen gegeben, die von Infizierten bestimmtes Verhalten verlangen. Dem Gesetzgeber wird empfohlen, beide Gesetze zu überarbeiten und durch ein neues einheitliches Gesetz zu ersetzen.

Minderheiten-/Sondervoten zum 2. Kapitel „Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten“

Zöllner, dem sich Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann und Stille angeschlossen haben zu I.2.1, Seite 61 ff.:

Der HIV-Antikörpertest
Seine Aussagekraft, epidemiologische Bedeutung und Bedeutung für den Infizierten

1. Die Aussagekraft des HIV-Antikörpertests

Wie bei allen diagnostischen Maßnahmen kommt es auch beim sorgfältig durchgeführten HIV-Antikörpertest sowohl zu falsch-negativen als auch zu falsch-positiven Befunden. Folgt man den Angaben der Hersteller zur technischen Testverläßlichkeit, so bleiben 0,5% der HIV-Befunde unentdeckt. Andererseits kann es unter den gleichen Voraussetzungen bei 20 000 Tests im statistischen Mittel einmal zu einem falsch-positiven Befund kommen. Die falsch-negativen bzw. falsch-positiven Befunde sind in der Gesamtheit der Untersuchungen durch Testwiederholungen nicht zu elimieren. Nur eine Verbesserung der Tests bezüglich Sensitivität und Spezifität (Definition siehe unten) kann dies ändern. Die weiteren Erörterungen gehen von den eben genannten Vorgaben für Sensitivität und Spezifität aus, obwohl neuere Befunde aus

Deutschland darauf hinweisen, daß die Spezifität der Testung deutlich besser als 1:20 000 ist.

Betrachtet man risikoarme Bevölkerungsgruppen (z. B. Blutspender, alte Menschen oder Kinder) so ist das Risiko, infiziert zu sein, a priori vermutlich unter 1:20 000. Untersucht man solche Gruppen isoliert, so hat ein positives Testergebnis, selbst wenn es bestätigt wird, nur einen beschränkten Aussagewert, weil die Aussagekraft eines positiven Testergebnisses (positive predictive value) bei einer a priori Wahrscheinlichkeit von 1:20 000 weniger als 50% beträgt. (Selbstverständlich kann der Wert des Testergebnisse durch eine individuelle Risikoanamnese erhöht bzw. verringert werden.) Für jede einzelne Analyse gilt ebenso selbstverständlich, daß die Wahrscheinlichkeit eines falsch-positiven Testergebnisses unter den obengenannten Vorgaben 1:20 000 beträgt.

Aufgrund des Lehrsatzes von Bayes (1764) errechnet sich die „Treffsicherheit" (predictive value) aufgrund von Sensitivität und Spezifität (= Testqualität) in Abhängigkeit von der gegebenen a priori Wahrscheinlichkeit (= Prävalenz). Sensitivität und Spezifität gelten als prävalenzunabhängige, testimmanente Größen und ergeben sich aus der allgemeinen Entscheidungsmatrix, der Vierfeldertafel: *Sensitivität* als die Wahrscheinlichkeit eines positiven Ergebnisses bei Vorliegen der Erkrankung, *Spezifität* als die Wahrscheinlichkeit eines negativen Ergebnisses bei Nichtvorliegen der Erkrankung.

Referenz-Methode

		krank	nicht krank
Test	positiv	positiv	falsch-positiv
	negativ	falsch-negativ	negativ
		alle Kranken	alle Nichtkranken

Bei medizinischen Überlegungen interessiert in erster Linie die Vorhersagewahrscheinlichkeit eines Testes, die auch als prädiktiver Wert bezeichnet wird. (Die Nomenklatur ist in diesem Bereich sehr uneinheitlich.) Berechnet man den prädiktiven Wert eines positiven Testes (Anteil aller richtig positiven Ergebnisse an allen positiven Ergebnissen) in Abhängigkeit von der Prävalenz, so ergeben sich die Zahlen der folgenden Tabelle.

Prädiktive Werte bei verschiedenen Prävalenzen, — bei einer Sensitivität von 99,5% und einer Spezifität von 99,995% —

Prävalenz		Prädiktiver Wert in Prozent*
1: 20 000	0,00005	49,87%
1: 2 000	0,0005	90,87%
1: 500	0,002	97,55%
1: 200	0,005	99,01%
1: 100	0,01	99,50%
1: 10	0,1	99,95%

*) Kommastellen werden lediglich zur rechnerischen Vergleichbarkeit angegeben.

Über die Prävalenz lassen sich folgende verbindliche Aussagen machen. In der Bundesrepublik Deutschland (einschließlich Berlin West) wurden laut BGA-Zahlen bis Januar 1990 36 709 HIV-Infektionen (ohne Doppelmeldungen) festgestellt, ein Siebtel davon bei Frauen. Daraus folgt, daß durchschnittlich jeder 2 000. Bewohner der Bundesrepublik Deutschland mit HIV infiziert ist. Hieraus wiederum folgt, daß für diese Population, als Untersuchungseinheit betrachtet, der prädiktive Wert des positiven HIV-Antikörpertests bereits bei 91% liegt.

Weiter oben wurde festgestellt, daß bei risikoarmen Bevölkerungsgruppen (1:20 000) ein positives Testergebnis statistisch gesehen wenig Aussagekraft besitzt. Da aber das obengenannten Beispiel von 1:20 000 die Durchschnittswerte der Bundesrepublik Deutschland nicht deckt, muß es als irrelevant angesehen und kann nicht als Grundlage weiterer Überlegungen verwendet werden. Bereits jeder 2 000. Bewohner der Bundesrepublik Deutschland ist HIV-infiziert. Da es risikoarme Bevölkerungsgruppen gibt, muß es auch Bevölkerungsgruppen geben, die risikoreich sind, in denen also die Infektion häufiger als 1:2 000 ist.

Geht man davon aus, daß nur ein geringer Teil der Bewohner der Bundesrepublik Deutschland risikoreich lebt, dann muß für diese Gruppe die Prävalenz entsprechend höher angesetzt werden (z. B. um Faktor 10 auf 1 200), somit erhöht sich für diese der prädiktive Wert des HIV-Antikörpertestes auf 99%. Ohne Ausweitung der einschlägigen Diskussion läßt sich folglich feststellen, daß in Risikogruppen der prädiktive Wert des Testes außerordentlich hoch ist (95% bis 99%), aber selbst in der Gesamtbevölkerung mit einer durchschnittlichen Prävalenz von nur 1:2 000 bereits 91% beträgt. In der Tat sollte man zunächst jenen Teilen der Bevölkerung zum Test raten, in denen die vermutete Prävalenz größer als 1:2 000 ist, z. B. Männern im Alter zwischen 20 und 50 Jahren. Bei einer durchschnittlichen Prävalenz von 1:2 000 in der Gesamtbevölkerung ist die Prävalenz in solchen Bevölkerungsgruppen deutlich höher, so daß man bei ihnen von einem prädiktiven Wert von 95% bis 99% ausgehen darf.

Nach diesen allgemeinen, statistischen und rechnerischen Überlegungen im Zusammenhang mit dem Theorem von Bayes ist zu ergänzen, daß bei der Blutgewinnung, dem Probentransport, bei Untersuchungen in Laboratorien und bei der Ergebnisübermittlung Fehler geschehen können. Es ist denkbar, daß diese Fehler die des Testes weit übersteigen. Bei der Beurteilung dieser Fehlermöglichkeiten ist jedoch zu unterscheiden zwischen solchen, welche die Zuordnung eines Ergebnisses zu einer Person beeinflussen, und solchen, welche die Zahl der negativen bzw. positiven Ergebnisse insgesamt beeinflussen. Für die individuelle Medizin ist die Zuordnung wesentlich. Hier geht es meist um vermeidbare Fehler bei der Probeidentifizierung (einschließlich Transport und Ergebnisübermittlung). Für die Fragen der Epidemiologie spielen die genannten Fehler keine Rolle, weil es im Rahmen einer epidemiologischen Studie gleichgültig ist, wel-

cher Einzelperson welches Ergebnis zugeordnet wird. Im übrigen ist es durchaus möglich, die Fehlerquote der Zuordnung gegen Null zu reduzieren.

Folgt man Bayes, so erkennt man, daß die Treffsicherheit des Testes sich um so mehr erhöht, je wahrscheinlicher der erhobene Befund in der Population ist, zu der die untersuchte Person gehört. Dies ist die komplizierte, aber exakte Beschreibung des jedem Kliniker bekannten Sachverhaltes, daß das Wahrscheinliche wahrscheinlich ist und daß z. B. während einer Typhusepidemie ein Fieberpatient vermutlich Typhus hat, während normalerweise an Typhus nicht gedacht werden muß.

Bei einer zu 10 % infizierten Population steigt — bei fehlerfreier Laborhandhabung — die Aussagekraft eines positiven Testergebnisses bei obengenannter Testqualität auf 99,95 %, bei 1 % infizierter bereits auf 99,5 %.

Wie im Rahmen jeder Diagnose ist auch das Ergebnis eines HIV-Antikörpertestes ohne Anamnese nicht interpretierbar. Diese Feststellung läßt sich auch umkehren. In Populationen, in denen AIDS wenig prävalent ist, in denen es also unwahrscheinlich ist, daß ein Mitglied infiziert ist, bedarf es einer sorgfältigen Anamnese. In Populationen in denen AIDS hochprävalent ist, hat der Test als solcher bereits einen so großen diagnostischen Aussagewert, daß der Anamnese nur noch eine unterstützende Bedeutung zukommt. Selbstverständlich muß die Anamnese auch im letzteren Falle immer sorgfältig und vollständig erhoben werden.

Zöllner weiter zu I.2.1, Seite 61 ff., dem sich Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann und Stille angeschlossen haben:

2. Die Verwendung des HIV-Antikörpertests in epidemiologischen Untersuchungen

Der *Zwischenbericht* der Enquete-Kommission stellt fest, daß am 31.5.1988 beim Bundesgesundheitsamt 2 091 AIDS-Fälle registriert waren. Diese Zahl ist bis zum 28.2.1990 auf 4 544 angestiegen, die Zunahme in 21 Monaten beträgt 2 453 Fälle, mehr als die Zahl aller Fälle bis zum Mai 1988. Allein in den letzten zwölf Monaten vor Ende Februar 1990 wurden 1 563 neue Fälle registriert. AIDS ist also nach wie vor in einer raschen Zunahme begriffen. Diese Schlußfolgerung deckt sich mit den Äußerungen der WHO für Europa.

Geht man von der heute berechtigten Annahme aus, daß es von der Infektion mit HIV bis zum Ausbruch des Vollbildes AIDS im Mittel 10 — 11 Jahre dauert, so folgt zwingend, daß zwischen 1979 und 1980 sich bereits ca. 4 500 mit HIV infiziert hatten.

Die Aufgabe der Epidemiologie besteht darin, verläßliche Daten zu sammeln, aus denen sich die Ausbreitung der HIV-Epidemie in der Bundesrepublik Deutschland seit 1980 und die bevorzugt betroffenen Bevölkerungsteile ablesen lassen. Ein vorläufiges Ergebnis, welches die Wirklichkeit unterschätzt, liefert die Laborberichtspflicht, nach der unter Ausschluß erkannter Doppelmeldungen in der Bundesrepublik Deutschland bislang (28.2.1990) 37 336 Fälle bekannt sind. (Die Mehrheit der Epidemiologen, so z. B. Überla, geht davon aus, daß heute etwa 100 000 Infizierte in Deutschland leben. Vergleicht man diese Zahl mit der Zahl derer, die 1980 infiziert gewesen sein dürften, d. h. derer, die heute an AIDS erkrankt sind, so ergibt sich, daß die HIV-Infektion sich um den Faktor 22 ausgebreitet hat, trotz aller präventiven Maßnahmen bisher.)

Angesichts dieser Zahlen müssen mittels zuverlässiger Erhebungen dringend genaue Daten über die Häufigkeit der HIV-Infektion gewonnen werden. Im Hinblick auf die unter Punkt 1 dieses Sondervotums gemachten Ausführungen über die Aussagekraft des HIV-Antikörpertests können heute epidemiologische Untersuchungen an der Gesamtbevölkerung mit einem ausreichenden Prädiktionswert durchgeführt werden. Für solche Untersuchungen eignet sich das Unlinked testing, für welches keine weiteren gesetzlichen Grundlagen notwendig sind. Darüber hinaus sollten all jene Bevölkerungsgruppen getestet werden, in denen höhere Prävalenzen zu erwarten sind, Männer zwischen 20 und 50 Jahren, speziell auch Homosexuelle und Drogenabhängige, selbstverständlich unter Wahrung der gesetzlichen Voraussetzungen. Wie aus den Erörterungen unter Punkt 1 dieses Sondervotums ebenfalls hervorgeht, sind Bevölkerungsteile, die wahrscheinlich nicht in großem Umfange infiziert sind, also Kinder, Jugendliche vor dem 20. Lebensjahr und sehr alte Personen für eine epidemiologisch sinnvolle Testung nicht geeignet.

Von besonderer Wichtigkeit für die Epidemiologie der HIV-Infektion, einer Wissenschaft, die in erster Linie dem Schutz der gesunden Bevölkerung dient, sind Contact tracing und namentliche Meldepflicht. Das Contact tracing ist die Methode zur Ermittlung von Infektionsketten. Bei der jetzigen Prävalenz der HIV-Infektion haben HIV-Antikörpertests im Bereich des Contact tracings einen hohen prädiktiven Wert, und es sollten deshalb alle gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden, die für ein effizientes Contact tracing erforderlich sind. Auch die namentliche Meldepflicht ist eine Methode zur Unterbrechung einzelner, individueller Infektionsketten und muß deshalb in das Bundesseuchengesetz aufgenommen werden. Im Moment erscheint dies politisch inopportun, in absehbarer Zeit wird die namentliche Meldepflicht, wie in vielen Staaten der USA und wie von der American Medical Association gefordert, unvermeidlich sein. Die noch im *Zwischenbericht* vertretene Meinung, ausgehend von einem Mindertheitenvotum, daß die namentliche Meldepflicht in ihrer Wirkung antipräventiv sei, läßt sich angesichts der Erfolglosigkeit der bisher in der Bundesrepublik Deutschland geübten Aufklärungskampagnen nicht mehr aufrechterhalten. In den erwähnten US-amerikanischen Staaten hat es sich darüber hinaus erwiesen, daß eine qualifiziert gehandhabte persönliche Meldepflicht zu keinem Schaden für die gemeldeten Infizierten geführt hat.

3. Der HIV-Infizierte und der Antikörpertest

Die Frage, ob die Kenntnis der eigenen HIV-Infektion für einen Menschen nützlich oder schädlich ist, hängt von vielen Umständen ab, nicht zuletzt von Religion und Weltanschauung seines Kulturkreises. Die Frage nach der Abwägung von Nutzen und Schaden dieser Kenntnis ist auch nicht neu, denn es gibt andere Krankheiten junger Menschen, die in wenigen Jahren tödlich verlaufen. Die Rechtslage zur ärztlichen Aufklärung ist in der Bundesrepublik Deutschland eindeutig: Der Arzt darf dem Kranken Diagnose und Prognose nicht vorenthalten, es sei denn, daß der Patient die Mitteilung nicht wünscht. Für alle Krankheiten gilt, daß die Mitteilung an den Patienten unter Berücksichtigung aller persönlichen Umstände bedächtig und menschlich zu erfolgen hat. Im Falle der HIV-Infektion ergibt sich als zusätzliches, verpflichtendes Argument, daß der Patient von seiner Infektion erfahren muß, weil er durch adäquates Verhalten andere zu schützen hat.

Die Spannweite der Ansichten läßt sich beschreiben einerseits durch Äußerungen aus US-amerikanischen Kreisen wie: „The best test is no test" und andererseits durch die Empfehlung von Stille, Helm und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Testen, testen, testen!". Der Infizierte selbst, in dem Dreieck zwischen Nutzen, denkbarer Beeinträchtigungen und der Verpflichtung gegenüber anderen noch gesunden Mitbürgern, hat ein hohes Maß nicht nur an persönlicher, sondern auch an öffentlicher Verantwortung, auf welches er bei jedem Gespräch über den HIV-Antikörpertest hingewiesen werden muß. Es kann nicht angehen, dabei nur den persönlichen Nutzen oder eventuellen Schaden zu diskutieren.

Kliniker mit Erfahrung auf dem Gebiet weisen immer wieder darauf hin, daß der Nutzen des Testes die vermeintlichen Nachteile bei weitem überschreitet. Sie weisen darauf hin, weil ihnen immer wieder Patienten begegnen, die nicht getestet sind, die dementsprechend mit einer niedrigen Zahl von CD4- und T-Zellen in die opportunistische Infektion „geschlittert" sind, die nach Monaten allmählicher Zunahme von Beschwerden endlich zum Arzt gehen, Patienten, denen man bei frühzeitiger Diagnose oder bei Kenntnis der Grunddiagnose hätte helfen und das Leben um Monate wenn nicht um Jahre hätte verlängern können. Kann Patienten dieser Art durch die rechtzeitige Therapie einer opportunistischen Infektion geholfen werden, so ist es noch wichtiger, daß diese Patienten bei rechtzeitiger Einleitung einer spezifischen Präventivbehandlung, (z. B. mit Pentamidin gegen die Pneumocystis carinii Pneumonie) großen Nutzen haben, ganz zu schweigen von den Chancen einer modernen Zidovudinbehandlung.

Die Zahl der opportunistischen Infektionen, die durch moderne Behandlung vollständig unterdrückt oder gar geheilt werden können, ist groß, eine Zahl, die verlängertes Leben und verlängerte Lebensqualität für alle HIV-Infizierten bedeutet, die sich aufgrund eines Testergebnisses rechtzeitig einer Therapie unterziehen können.

Der *Schaden,* der dem HIV-Infizierten durch die Mitteilung des Testergebnisses unvermeidlich zugefügt wird, darf nicht beiseite geschoben werden. Tragisch wäre die Mitteilung eines falsch-positiven Testes; aber wie bereits unter Punkt 1 erläutert, kommt dies heute und unter Berücksichtigung der Anamnese so gut wie nicht mehr vor.

Selbstverständlich macht jeder Mensch, dem die Diagnose einer Krankheit mit schlimmer Prognose eröffnet wird, eine Periode größter psychischer Belastungen durch. Dies dauert selten länger als einige Wochen, in Übereinstimmung mit Erfahrungen bei jugendlichen Patienten mit z. B. Leukämien oder Lymphomen. Selbstmorde in dieser Periode kommen vor, sind aber ziemlich selten.

Den Test zurückzustellen, nützt in diesem Zusammenhang nichts, denn die Periode der psychischen Belastung folgt in jedem Fall der Mitteilung des Testergebnisses, und in der Tat ist die psychische Belastung um so größer, je kürzer die weiteren Lebensaussichten sind. Letzten Endes kommt der Tag, an dem das Testergebnis vom Betroffenen mit stoischer Sicherheit vorausgesagt wird.

Letztlich ist hier das Recht des Infizierten, über seine Erkrankung Bescheid zu wissen, wichtiger als die bevormundende freundschaftliche oder brüderliche Haltung, die vorgibt, ihn vor Belastungen und der Realität bewahren zu wollen.

Die Frage der Diskriminierung ist ernst zu nehmen. Sie ist deshalb von Bedeutung, da die Diskriminierung von HIV-Infizierten unvernünftig ist, speziell am Arbeitsplatz, in der Wohnung, in der Schule. Andererseits sind viele Fälle „bekannt", in denen HIV-Infizierte ihre Geschäfte weiterführen, ohne daß die Umwelt davon Kenntnis hat.

Wichtiger als diese Argumente ist der *Nutzen für die Allgemeinheit.* Würde jedermann sich testen lassen, so würde auch in den Gruppen, die vor dem Test Angst haben, die Testbereitschaft zunehmen. Diese allgemeine Testbereitschaft würde auch betonen, daß die HIV-Infektion ein Problem ist, dem sich die Gemeinschaft der Bürger stellen muß. Die Solidargemeinschaft erfordert es geradezu, daß jedermann sich testen läßt. Die Kenntnis der eigenen Infektion bedeutet die Verpflichtung, anderen nicht zu schaden. Bei der Mehrheit der Menschen darf man davon ausgehen, daß sie nicht beabsichtigen, andere zu verletzen, und daß für sie die Kenntnis eines Testergebnisses von großer Bedeutung ist. Dies gilt auch für die Testung im Krankenhaus, wo es aus vielen Gründen, von der Diagnostik bis zum Schutz des Personals eine Selbstverständlichkeit sein sollte, daß jeder neu aufgenommene Patient auf HIV getestet wird, ebenso wie früher auf Lues getestet wurde. Bei dieser Norm wird man in Zukunft dann auch davon ausgehen, daß Personen, welche den Test ablehnen, vermutlich positiv sind.

Um die schwierigen, schlimmen Wochen, die der Eröffnung eines positiven Testergebnisses folgen, kommt kein Infizierter herum, früher oder später. Der Nutzen des rechtzeitig bekannten Testergebnisses für den Infizierten wie für die Allgemeinheit ist demgegenüber offensichtlich.

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Riehl, Rosenbrock und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.2.1, Seite 61 ff.:

Bei wie vielen der derzeit ca. 35 000 durch die anonyme Laborberichtspflicht gezählten Seropositiven ein falsch-positives Ergebnis vorliegt und wieviele in Wahrheit infizierte Menschen durch ein falsch-negatives Ergebnis fälschlich beruhigt worden sind, weiß niemand. Dies läßt sich auch aus den vorhandenen Daten und mit den verfügbaren Testmethoden nicht ermitteln.

Rosenbrock, dem sich Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD) und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) angeschlossen haben zu I.2.1, Seite 62 ff.:

Auf der Ebene von plausiblen Analogien zu anderen chronischen Infektions- und auch nicht übertragbaren Krankheiten bewegen sich diätetische Ratschläge (z. B. — aber keineswegs nur — Vollwertkost), Vorschläge zur körperlichen Ertüchtigung bzw. Abhärtung, zu einem ausgewogenen Verhältnis von Anspannung und Ruhe, zu Bevorzugung des Aufenthaltes in gesundem Klima oder zur Meidung der Nähe von Infektionskeimhäufungen. Plausibel daran ist auch, daß die Befolgung solcher Ratschläge den Betroffenen das Gefühl geben kann, selbst etwas für ihren gefährdeten Gesundheitszustand zu tun. Plausibel ist aber ebenso, daß dies auch zu einer ängstlichen, ja hypochondrischen Grundhaltung führen kann, die — ebenfalls plausibel — einen ungünstigen Einfluß auf die mögliche Infektionsprognose haben kann.

Eine spezifische Wirkung solcher Maßnahmen auf den Verlauf der HIV-Infektion ist kaum untersucht und noch nirgends nachgewiesen worden. Es besteht für Menschen, die Anlaß haben, sich für möglicherweise infiziert zu halten, kein hinreichender Grund, ihren Serostatus ermitteln zu lassen, nur um solche allgemeinen Ratschläge der gesunden Lebensführung befolgen zu können.

Rosenbrock, dem sich Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Riehl und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) angeschlossen haben, zu I.2.1, Seite 62 ff.:

Derzeit fehlt es noch an Erkenntnissen über den tatsächlichen Nutzen von Behandlungsstrategien für symptomlos HIV-positive Menschen und insbesondere an Daten über Langzeitwirkungen und Überlebenszeiten. Das gilt auch für die offenbar nebenwirkungsarme Inhalation von Pentamidin, der bei Patienten mit — wiederholt gemessen — weniger als 500 Helferzellen eine prophylaktische Wirkung gegen die Pneumocystis carinii Pneumonie zugeschrieben wird. Angesichts der Toxizität, z. B. von AZT (und auch seinen Nachfolgepräparate wie ddI und ddC), ist solches Wissen für die breite Anwendung außerhalb der Forschung aber unverzichtbar. Wenn und sobald nach üblichen medizinischen Kriterien verläßliche Erkenntnisse darüber vorliegen, daß die medikamentöse Behandlung auch in der Phase der Symptomlosigkeit einen wesentlichen Nutzen (Verlängerung der Phase bis zum Ausbruch der Krankheit, Senkung der Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs der Krankheit, entscheidende Senkung der Infektiosität während der asymptomatischen Phase) erbringt, wird sich die Beurteilung des HIV-Antikörpertests für symptomlose Menschen grundlegend ändern.

Derzeit jedenfalls gibt es auch unter dem Konzept „Früherkennung zur Frühbehandlung" noch keine gesicherte Indikation für den HIV-Antikörpertest an symptomlosen Menschen. Die Frage, ob und wann sich jemand, der glaubt, infiziert zu sein, zum Test entschließt, kann nur von dem Betroffenen entschieden werden. In diese Entscheidung gehen neben medizinischen Erwägungen auch psychische und soziale Gesichtspunkte mit ein. Medizinisch ist es im Regelfall vertretbar, wenn das Auftreten von Symptomen (langanhaltende Lymphknotenschwellung, wochenlang anhaltender Nachtschweiß verbunden mit Schlaflosigkeit und Schlappheit, die nicht anders erklärt werden können bzw. Soor etc.) zum Anlaß genommen wird, einen Arzt aufzusuchen, von dem bekannt ist, daß er etwas von AIDS versteht. Dabei kann sich dann aus differential- und ausschlußdiagnostischen Überlegungen auch der ernste Ratschlag zum HIV-Antikörpertest bzw. zur Bestimmung des Immunstatus ergeben. In den seltenen Fällen des plötzlichen Auftretens von schweren Infektionen (Lungenentzündung, Toxoplasmose etc.) oder auch Lymphomen sollten potentiell Betroffene die Möglichkeit der HIV-Infektion bei der Erstanamnese ihrem behandelnden Arzt mitteilen.

Der hier skizzierte vorsichtige Umgang mit dem HIV-Antikörpertest ergibt sich nicht nur aus den häufig gravierenden sozialen Konsequenzen der Tatsache, daß die Mitteilung eines positiven Testergebnisses ein lebensveränderndes, oft als lebensbedrohlich wahrgenommenes Ereignis darstellt. Es kann den gesundheitlichen Status so stark beeinflussen, daß das Erkrankungsrisiko des Betroffenen, physiologisch und psychologisch, beträchtlich steigt, auch möglicherweise im Hinblick auf AIDS. Dies ist bislang zwar eine plausible, aber in bezug auf AIDS unbewiesene Hypothese. Bewiesen ist hingegen das unmittelbare gesundheitliche Ergebnis: Bei vielen Antikörperpositiven kommt es aufgrund der Mitteilungen des positiven Testergebnisses zumindest vorübergehend zu erheblichen psychischen, psychosomatischen und sozialen Folgen mit Krankheitswert.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.2.2, Seite 63:

Die Beratung über eine mögliche Lebensstiländerung ist jedoch vor allem problematisch, wenn die Berater/innen den Beratenen sozial fern stehen. Eine moralische Bewertung von unterschiedlichen Lebensstilen durch den Berater ist immer bedenklich und findet sehr leicht und unbemerkt Eingang in derartige Beratungsgespräche. Selbsthilfegruppen vermögen mit dieser Problematik daher oft sicher besser umzugehen als z. B. kirchlich gebundene Einrichtungen.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), der sich Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg.

Pick (SPD) und Rosenbrock angeschlossen haben zu I.2.3.3, Seite 65:

einfügen eines neuen Unterpunktes:

2.3.4 „Symptomlos HIV-positiv"
— Wert der Kenntnis bzw. Unkenntnis über diesen Status —

Ein HIV-Antikörpertest mit positivem Befund zeigt an, daß der Betreffende mit dem Virus infiziert ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem unbestimmten, möglicherweise sehr langen Zeitraum erkranken wird, gibt aber auch Gewißheit darüber, daß er das Virus auf andere übertragen kann. Es ist derzeit noch unklar, ob und welche medizinischen Konsequenzen etwa im Sinne krankheitsverhütender Therapien oder Lebensgestaltung aus einem positiven Antikörpertest gezogen werden können. Der medizinische Erkenntnisstand zur Zeit des Berichtsabschlusses ist noch nicht so weit fortgeschritten, daß unter Hinweis auf die frühzeitige Gabe der z. Z. gebräuchlichen Virostatika ein HIV-Antikörpertest zu empfehlen ist.

Ein positiver HIV-Antikörpertest kann deshalb als Dispositionsdiagnose bezeichnet werden. Er reiht sich damit in eine zunehmende Anzahl von medizinischen Diagnoseinstrumenten ein, die mit Wahrscheinlichkeit den Ausbruch einer Krankheit in einer unbestimmten Zeit prognostizieren können, ohne daß daraus sichere therapeutische Konsequenzen gezogen werden können.

Diese Konstellation fordert von Ärzten und anderen Betreuungsberufen ein Überdenken des gewohnten Umgangs mit der Diagnostik und ihrem sorgfältigen und differenzierten Gebrauch. Die aufgrund eines HIV-Antikörpertests erlangte Kenntnis, HIV-Antikörper-positiv zu sein, führt schon für sich genommen zu einschneidenden Veränderungen im Leben des Betroffenen, also auch dann, wenn er weder krank ist noch sich krank fühlt.

In jedem Fall wird der Betroffene mit der Tatsache konfrontiert, daß bei ihm die Krankheit mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb eines unbekannten, unter Umständen sehr langen Zeitraums ausbricht. Darauf, daß er trotz des positiven Testbefundes nicht erkranken wird, kann er nicht bauen. Er wird deshalb einerseits bestrebt sein, alles Erdenkliche zu tun, um den Ausbruch seiner Krankheit hinauszuzögern bzw. zu verhindern, andererseits wird von ihm erwartet, daß er von sich aus eine Weitergabe der Infektion nach Möglichkeit vermeidet.

Hieraus kann sich für den HIV-Infizierten ein Dilemma ergeben: Um sich des psychischen Drucks seines Wissens und der damit verbundenen Folgen zu erwehren, liegt es für ihn nahe, bis zum Beweis des Gegenteils darauf zu vertrauen, daß die Infektion bei ihm nicht zum Ausbruch der Krankheit führen werde. Er klammert sich an die Hoffnung, gesund zu bleiben. Andererseits muß er um eine Weitergabe der Infektion zu vermeiden, — wie alle Menschen, die „at risk" leben — sich dauernd so verhalten, daß kein anderer gefährdet wird.

Die Entscheidung über sein Verhalten kann nur der Betroffene selbst aufgrund weitgreifender und komplizierter, vor allem auch die eigene Lebenswirklichkeit reflektierender Abwägungsprozesse treffen. Aufgabe der beteiligten Ärzte und anderer Betreuer und Berater ist es, diese Entscheidungssituation mit dem Betroffenen unter Abwägung der Vor- und Nachteile auf- und vorzubereiten. Die Umsetzung solcher Entscheidungen in die Lebenswirklichkeit des Betroffenen ist dann mit weiteren Schwierigkeiten verbunden. Das Ergebnis solcher Abwägungsprozesse hat selbstverständlich Rückwirkungen auf die Frage, ob im Einzelfall ein HIV-Antikörpertest angezeigt ist oder nicht. Wenn z. B. das Wissen um den Serostatus den Betroffenen in unzumutbarer Weise belastet, solchen Belastungen aber kein hinreichender Nutzen gegenübersteht, dann läge es auf der Hand, mit dem Testangebot doppelt vorsichtig zu sein. Umgekehrt empfiehlt sich der Test in dem Maße, in dem auf Basis des Testergebnisses zusätzliche medizinische Hilfen mobilisiert werden können oder wenn die Unsicherheit über den Serostatus nicht ertragen werden kann.

In diesem Zusammenhang spielt es eine erhebliche Rolle, ob es eine medizinische Behandlung und Ratschläge zur Lebensgestaltung gibt, deren Beachtung die Wahrscheinlichkeit des Krankheitsausbruchs bei einem Infizierten senkt oder die Zeitspanne zwischen Infektion und Ausbruch der Krankheit verlängert. So lange dies unklar ist, gibt es keine individualmedizinische Indikation für die Testvornahme nach dem Konzept der „Früherkennung zur Frühbehandlung". Die von allen Beteiligten gehegte Hoffnung, daß sich dieser Zustand bald ändern möge, darf nicht zu unkritischem Einsatz des Testes führen. Ein so eingreifendes Instrument wie der HIV-Antikörpertest sollte nur dann eingesetzt werden, wenn die positiven Wirkungen nicht nur entfernt möglich, sondern zumindest nach Plausibilitätskriterien als wahrscheinlich angesehen werden können.

Davon zu unterscheiden ist die ebenfalls wichtige Frage, ob und in welchem Umfang jemand, der weiß, daß er HIV-positiv ist, sich eher präventiv verhält. Über die verhaltenssteuernde Wirkung der Kenntnis des Serostatus gibt es in der internationalen Forschung widersprüchliche Befunde (vergleiche *Zwischenbericht,* Kapitel 5).

Es läßt sich nicht belegen, daß durch nachdrückliche Testempfehlung und Testdurchführung die bestmöglichen Präventionsergebnisse erzielt werden können. Im Einzelfall muß sorgfältig abgewogen werden, ob eine Vermeidung weiterer Infektionen durch einen HIV-Antikörpertest erreicht werden kann. Bei dieser Abwägung ist auch die psychische Belastung des Betroffenen, die sich aus dem ständigen Bewußtsein seiner Infektion ergeben kann, zu berücksichtigen.

Wenn Ratsuchende schon mit dem Testwunsch zum Arzt oder zum Gesundheitsamt kommen, muß zunächst ein ausführliches Beratungsgespräch angeboten werden. Dabei muß — wegen des Primats der Prävention — der Schwerpunkt auf der individuellen Risikoanamnese, der Risikoaufklärung und der Präventionsberatung liegen. Mit dem Ratsuchenden muß weiterhin besprochen werden, was ein negatives Ergebnis, was ein positives und was die Ungewißheit über den Serostatus für ihn ganz persönlich in seiner spezifischen Lebenssituation bedeutet.

Schließlich muß auf die auch bei optimaler Testhandhabung gegebene Möglichkeit von falsch-negativen bzw. falsch-positiven Ergebnissen hingewiesen werden.

Das Grundverständnis eines jeden Beratungsgespräches sollte sein, daß der Wert der Kenntnis bzw. Unkenntnis über den HIV-Serostatus letztlich individuell verschieden ist. Unter dem Gesichtspunkt medizinischer Hilfe während der Phase der Symptomlosigkeit ist der Sinn einer Testempfehlung beim gegebenen Stand des Wissens nicht belegt. In der Beratungspraxis steht denn auch Prävention meist im Vordergrund:

— Wer das Präventionspotential, das in der Kenntnis des HIV-Serostatus sowohl für den HIV-Antikörper-Positiven wie für Dritte liegen kann, hoch veranschlagt, neigt dazu, die Nachteile und unerwünschten Wirkungen des Test eher klein zu sehen.

— Wer dieses Präventionspotential auf Basis der internationalen Publikationen als kaum gegeben ansieht, wird der Kenntnis über den Serostatus einen geringeren Wert beimessen.

Die letztliche Entscheidung für oder gegen einen Test muß beim Ratsuchenden liegen. Die Beratung kann ihm nur dabei helfen, die für ihn individuell richtige Entscheidung zu treffen. Eine Beratung, die generell zum Test auffordert oder generell davon abrät, stellt keine adäquate Hilfe dar.

Berücksichtigt man die oft schweren und irreversiblen unerwünschten Wirkungen, so erfordert die Testung begrenzte, klare Indikationen. Nur nach eingehender Aufklärung und auf Basis von wirklich informiertem Konsens darf getestet werden.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.2.4, Seite 66:

Vor diesem Hintergrund ist auch der in einigen Städten zu beobachtende Verdrängungswettbewerb kirchlicher Wohlfahrtseinrichtungen gegenüber AIDS-Hilfen bei den Haushaltserstellungen eine von den Betroffenen mit großer Sorge beobachtete Entwicklung. Selbsthilfeeinrichtungen wie AIDS-Hilfen sollten im Sinne der Betroffenen Vorrang vor staatlichen und kirchlichen Aktivitäten in diesem Bereich haben.

Sonder-/Minderheitenvoten zum 3. Kapitel „Betreuung und Versorgung der Erkrankten"

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu Seite 80ff.:

Das nachstehende Sondervotum wurde notwendig, weil — unabhängig von vielen übereinstimmenen Positionen im Detail — in den Anforderungen an eine *Gesamtstruktur der Betreuung und Versorgung der AIDS-Kranken* unüberbrückbare Unterschiede in der Kommission bestanden.

Unser Konzept geht von den Bedürfnissen der Betroffenen aus. Es stellt ein Konzept gleichberechtigter, interdisziplinärer Zusammenarbeit und Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung dar, in die auch die Laienkompetenz der Selbsthilfe einbezogen ist. Diese Vorstellungen finden sich in fast allen bundesdeutschen Modellen wieder, mit der Hoffnung, wie viele an der Versorgung Beteiligte versichern, sie zur Grundlage eines Gesamtkonzeptes für die Versorgung der AIDS-Kranken auszubauen.

Wir waren auch nicht bereit, die Bezeichnung „HIV-krank" mitzutragen. Menschen, die HIV-infiziert sind und keine Symptomatik zeigen, sollten nicht von der Medizin allgemein — und es ist in der Bundesrepublik Deutschland nur ein Teil der Mediziner, die dies wollen — als krank angesehen werden. Es muß in unserer Gesellschaft erhalten bleiben, daß Menschen mit einer „Disposition", d. h. Bereitschaft, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (im Falle der HIV-Infektion sehr hohen) zu erkranken, bis dahin als gesund angesehen werden. Unsere Sprache darf hieran keinen Zweifel aufkommen lassen.

3. Kapitel: Betreuung und Versorgung der Erkrankten

Einleitung

Die HIV-Infektion ist ein biologischer Prozeß mit fließenden Übergängen und großen individuellen Unterschieden. Die Grenze zwischen dem Zustand der Latenz und dem der Krankheit läßt sich nicht generell, sondern nur individuell festlegen. Die verschiedenen Klassifikationssysteme bieten dafür lediglich einen Anhalt. Sie sehen zudem per definitionem bei klinischer Besserung keine Rückstufung vor.

Die Kommission hat sich nicht auf eine einheitliche Definition des Begriffs „krank" einigen können.

Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder betont, daß HIV-Infizierte von dem Moment an krank seien, in dem HIV-assoziierte Befunde erhoben werden können, auch wenn es sich dabei nur um Laborwerte handelt. Ab diesem Zeitpunkt sei eine ärztliche Überwachung der Infizierten medizinisch indiziert. Die Gesamtbetreuung dieser „Kranken" sei zuvörderst eine ärztliche Aufgabe.

Wir dagegen sind der Meinung, daß HIV-Infizierte für die medizinische und psychologische Betreuung solange als gesund angesehen werden können, wie sie auch bei selbstkritischer Prüfung keine Beeinträchtigung ihres Allgemeinzustandes und ihrer Leistungsfähigkeit feststellen können. Bisher lägen noch keine gesicherten Erkenntnisse über krankheitsverhütende oder lebensverlängernde Therapien für solche Menschen vor. Es müsse ihrer Entscheidung überlassen bleiben, ob sie sich trotzdem von einer dauernden medizinischen Beobachtung Vorteile versprechen. Diese Empfehlung werde sich natürlich grundlegend ändern, wenn und sobald nach üblichen medizinischen Kriterien verläßliche Erkenntnisse darüber vorliegen, daß die dauernde medizinische Beobachtung und Behandlung auch für infizierte Menschen, die sich völlig gesund fühlen, einen wesentlichen Nutzen hat.

Diese unterschiedliche Einschätzung hat für die Frage, ob und inwieweit ärztliche Leistungen für HIV-Infizierte und AIDS-Kranke zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, keine Bedeutung. Das ist im 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 8 **Sozialrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung,** näher ausgeführt.

In der Kommission bestehen auch unterschiedliche Auffassungen darüber, wie die Betreuung und Versorgung der Erkrankten dargestellt werden soll. Die Mehrheit der Kommissionsmitglieder ist der Meinung, daß die Darstellung vom ärztlichen Handeln ausgehen müsse. Das folge zwingend daraus, daß dem ärztlichen Handeln bei der Betreuung und Versorgung der Erkrankten das größte Gewicht zukomme und daß alle anderen an der Betreuung und Versorgung der Erkrankten beteiligten nicht ärztlichen Personen Hilfskräfte des Arztes seien und nur nach seiner Anleitung handeln dürften.

Wir sind dagegen der Auffassung, daß die Analyse und Darstellung der Krankenversorgung und ihrer Probleme vom Blickwinkel des Patienten aus zu erfolgen habe. In dieser Sichtweise sind Ärzte, Pflegekräfte, professionelle Helfer in psychischen und sozialen Notlagen sowie nicht professionelle Betreuer vor allem aus den AIDS-Hilfen zunächst einmal gleich wichtige Helfer, deren jeweilige Kompetenz und Arbeitsteilung sich aus der jeweiligen Lage des Patienten ergibt und auch in verschiedenen Krankheitspha-

sen unterschiedlich sein kann. Diese Kommissionsmitglieder sind zudem der Auffassung, daß die Etablierung einer solchen patientenorientierten Sichtweise für die Reform unseres Gesundheitswesens eine Bedeutung hat, die weit über die Behandlung von AIDS und die Betreuung von AIDS-Patienten hinausweist.

In dieser überwiegend standespolitisch motivierten Grundsatzfrage der Betrachtungsweise, die sich auf die Darstellung dieses Kapitels ausgewirkt hat, konnte in der Kommission keine Einigung erzielt werden. Über die derzeitigen Probleme bei der Betreuung und Versorgung der Erkrankten bestehen in der Kommission dagegen kaum Differenzen.

I. Bestandsaufnahme

1. Die soziale und psychische Situation der Erkrankten

Die AIDS-Kranken haben im wesentlichen dieselben sozialen und psychischen Probleme wie die HIV-Infizierten. Sie sind im 2. Kapitel **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten,** beschrieben. Mit dem Ausbruch der Krankheit stellen sich aber oft weitere Probleme ein.

In den vergangenen Jahren ist es dank intensiver medizinischer Forschung und gewachsener ärztlicher Erfahrung gelungen, die Lebenserwartung der an AIDS erkrankten Menschen beträchtlich zu verlängern und ihre Lebensqualität erheblich zu verbessern. Opportunistische Infektionen, die vor fünf Jahren noch lebensbedrohend waren, lassen sich heute mit gutem Erfolg behandeln. Die Liegezeiten im Krankenhaus konnten zugunsten der ambulanten Versorgung erheblich verkürzt werden. Diese Entwicklung entspricht dem Wunsch der Kranken, möglichst lange außerhalb des Krankenhauses zu leben.

Für viele Menschen mit AIDS ist es wichtig, so lange arbeiten zu können, wie sie sich arbeitsfähig fühlen. Menschen mit einer chronischen Krankheit brauchen das Gefühl, nicht aufgeben zu müssen und nicht aufgegeben zu werden. Das Verbleiben am Arbeitsplatz kann dazu beitragen, mit der Krankheit AIDS besser zu leben. AIDS-Kranke sind deshalb nicht selten — von kurzen stationären Behandlungen abgesehen — bis zuletzt voll berufstätig. Sie wollen meist möglichst kurze Krankenhausaufenthalte, um schnell wieder zurück in ihre gewohnte Umgebung zu kommen.

Wenn Menschen mit AIDS ihren Arbeitsplatz verlieren und dann von den Krankenkassen gedrängt werden, sich berenten zu lassen, ist der Ausstieg aus dem Berufsleben meist mit einem erheblichen sozialen Abstieg verbunden, weil sie aufgrund ihres Alters noch gar keine oder nur unzureichende Rentenansprüche haben. Hinzu kommt, daß die AIDS-Patienten vor der Beantragung von Sozialhilfe zurückscheuen, weil sie dann die Diagnose offenbaren müssen und Diskriminierungen befürchten. Auch brauchen manche Erkrankte längere Zeit, um sich die Tatsache einzugestehen, daß sie endgültig zu einem Sozialfall geworden sind. Der soziale Abstieg kann zu erheblichen Schulden führen, die später von den Sozialbehörden nicht übernommen werden.

Wenn AIDS-Kranke pflegebedürftig sind und Pflegegeld beantragen, dauert die Bewilligung der Leistung oft mehrere Monate, so daß der Patient sie häufig nicht mehr wahrnehmen kann, da er schon wieder stationär behandelt wird oder bereits verstorben ist.

Der Verlust des Einkommens kann dazu führen, daß Menschen mit AIDS ihre Wohnung nicht mehr bezahlen können. Eine neue Wohnung zu finden, ist schwierig: Die allgemeinen Mietpreise sind für Sozialhilfeempfänger kaum bezahlbar, und bei Bekanntwerden der Krankheit AIDS lehnen viele Vermieter den Wohnungssuchenden ab. Professionell betreute Wohngemeinschaften für AIDS-Kranke gibt es nur wenige, Wohnprojekte für drogenabhängige AIDS-Kranke fehlen fast völlig.

Diese Schwierigkeiten stehen dem Konzept der ambulanten Betreuung entgegen. So ist es in einigen Fällen schon passiert, daß Patienten aus der stationären Betreuung hätten entlassen werden und sich selbst versorgen können; sie mußten aber wesentlich länger als notwendig im Krankenhaus bleiben, weil für sie keine Wohnung zu finden war.

Die Situation von AIDS-Patienten ist im ländlichen Raum noch schwieriger als in Großstädten. Die Betroffenen begegnen dort in noch größerem Maße der sozialen Ausgrenzung, gerade auch im Pflege- und Versorgungsbereich. Davon sind vor allem Bluter betroffen, die häufig nicht aus Ballungszentren kommen, sondern in Dörfern und Kleinstädten wohnen. Dort haben sie große Angst vor dem Bekanntwerden ihrer Erkrankung und den damit verbundenen sozialen Folgen. Deshalb suchen viele HIV-infizierte und AIDS-kranke Bluter Ärzte vor Ort nicht auf, sondern lassen sich ausschließlich in den oft weit entfernten Behandlungzentren behandeln. Schwierig gestaltet sich auch die medikamentöse Versorgung für diese Patienten, die sich nicht trauen, AIDS-spezifische Medikamente in der Kleinstadtapotheke zu kaufen. Hinzu kommen gelegentlich Vorbehalte gegenüber der Ärzteschaft allgemein. So fühlen sich manche infizierte Hämophile als „Opfer der Medizin".

AIDS-kranke Drogenabhängige haben sich oft aus dem familiären Verband und ihrem ursprünglichen Sozialraum gelöst. Die Sucht führt häufig auch zu

Konflikten mit dem Gesetz und zu Haftstrafen. Zwar treten die existentiellen Probleme in akuten Krankheitsphasen hinter das Krankheitserleben zurück; sie bedrängen die Patienten aber wieder, sobald es ihnen etwas besser geht. Das gilt in besonderem Maß für drogenabhängige AIDS-Kranke, die bereits zahlreiche Entzugstherapien ohne Erfolg hinter sich haben und durch das Netz der gegenwärtigen Drogenbehandlung gefallen sind. Schwierigkeiten ergeben sich vor allem, wenn sie während einer stationären Behandlung substituiert worden sind und nach der Entlassung keine Möglichkeit mehr haben, Ersatzmittel zu erhalten. Finden sie überhaupt einen Arzt, der sie ihnen verschreibt, müssen sie sie privat bezahlen, weil die Krankenkassen die Substitution nicht finanzieren. Der Rückfall in Beschaffungskriminalität und -prostitution ist damit oft vorprogrammiert.

Drogenabhängige AIDS-Kranke, die im Laufe ihrer Erkrankung zu einer Entzugstherapie motiviert werden können, wird diese u. U. nicht gewährt, weil sie von den Rehabilitationsträgern als nicht mehr rehabilitationsfähig eingestuft werden.

Menschen mit AIDS haben oft mit Partnerschaftsproblemen zu kämpfen. In der Phase der Erkrankung bekommt Sexualität ein anderes Gewicht: Dies findet seinen Ausdruck in dem körperlichen Verlangen nach Zärtlichkeit, nach Gehaltenwerden und Schutz durch die Nähe des Partners. Wesentlich ist vor allem die Nähe einer vertrauten Person. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses ist eine wesentliche Voraussetzung zur Stabilisierung der Kranken. Deshalb gehen immer mehr Krankenhäuser dazu über, auf Wunsch der Patienten, soweit wie möglich, die Anwesenheit vertrauter Personen durch das sogenannte Rooming in zu gestatten. Hierunter versteht man die Möglichkeit für Partner, Freunde oder Verwandte, Tag und Nacht beim Kranken im Zimmer verbringen zu können. Auch werden die Besuchszeiten für Angehörige und Freunde möglichst flexibel gehandhabt.

Ob Kranke auf eine vertraute Person zurückgreifen können, hängt wesentlich davon ab, ob sie sich in einer festen Partnerschaft befanden und welchen HIV-Status dieser Partner hat. Die Diagnose HIV-positiv führt bei heterosexuellen Paaren häufiger zur Trennung als bei homosexuellen. Ein unterschiedlicher HIV-Status löst allerdings auch bei homosexuellen Paaren meist Krisen aus. Für partnerlose HIV-Infizierte und -Erkrankte gibt es oft keine Hoffnung auf eine neue Partnerschaft, was ihre psychische Stabilität wesentlich beeinträchtigen kann.

Das Wissen um die meist lange Latenzzeit kann sich bei HIV-Infizierten zunächst stabilisierend auswirken. Mit dem Ausbruch der Krankheit kann es dann aber zu psychischen Einbrüchen kommen, die zum Rückzug des Patienten aus seinem bisherigen Umfeld führen. Dazu trägt auch bei, daß in der öffentlichen Diskussion immer wieder betont wird, AIDS führe in allen Fällen zwangsläufig zum Tod.

Die extreme psychische Belastung der AIDS-Kranken läßt sich an ihrer höheren Suizidrate ablesen. Die stärkere psychische Belastung hängt häufig mit dem Alter der Patienten zusammen. Die meisten sind zwischen 25 und 40 Jahre alt und damit in einer Lebensphase, die in unserer Gesellschaft mit Attributen wie Vitalität, Dynamik, Leistungsstärke und Kreativität verknüpft wird. Zu diesen Erwartungen stehen Krankheit, Sterben und Tod im Widerspruch.

Im Vergleich zu anderen chronisch Kranken sind AIDS-Kranke gut über den Verlauf ihrer Krankheit und die Möglichkeiten der Therapie informiert; dies trifft vor allem für die homosexuellen AIDS-Kranken zu. Für die Beratung und Betreuung der Patienten kann der hohe Informationsstand von Vorteil sein, da die Prognosen und Therapiemöglichkeiten offen mit ihnen besprochen werden können. Das stellt aber auch Anforderungen an Ärzte und Betreuer. Probleme können entstehen, wenn Ärzte nicht bereit sind, mit gut informierten Patienten offen zu sprechen, weil sie deren Nachfragen als Angriff auf ihre ärztliche Kompetenz und Autorität mißverstehen.

Der Umgang mit der Erkrankung wird durch die Angst vor Diskriminierung erschwert. Isolation von außen und Eigenisolation der AIDS-Kranken werden dadurch verstärkt, daß sie meist einer sozial diskriminierten Minderheit angehören. Dieses Zusammenspiel medizinischer, psychischer und sozialer Faktoren prägt das Erleben der Krankheit und findet seinen Ausdruck in einer anderen Lesart des Kürzels AIDS: **A**ngst, **I**solation, **D**iskriminierung und **S**chuldzuweisung.

2. Derzeitige Betreuung und Versorgung der Erkrankten

Voraussetzung für den Umgang jedes Arztes, Psychologen, Sozialarbeiters, Pflegers oder Betreuers mit AIDS-Kranken ist das Aufrechterhalten einer gewissen Distanz. Auch wenn der Patient zeitweise die Solidarisierung sucht, erhält nur diese Distanz die Möglichkeit, mit dem Patienten auch schwerwiegende Konflikte zu bearbeiten, die er mit nahestehenden Menschen nicht besprechen kann aus Angst vor Fehlreaktionen und emotionaler Überbelastung für beide Seiten. Andererseits muß der Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pfleger oder Betreuer dem Patienten soweit entgegenkommen, daß ein Vertrauensverhältnis entstehen kann.

2.1 Ambulante Versorgung

Ziel einer adäquaten Betreuung und Versorgung von Menschen mit AIDS ist es, die ambulante Betreuung weitestmöglich auszubauen, um so die stationäre Versorgung möglichst gering zu halten. Dadurch wird eine Hospitalisierung der Erkrankten verhindert und es ihnen ermöglicht, ihren alltäglichen Lebensrhythmus aufrechtzuerhalten.

2.1.1 Ärztliche Betreuung

Zur ambulanten ärztlichen Versorgung stehen zur Verfügung:

— zum einen der Hausarzt, der als Allgemeinarzt oder Arzt mit einer für die AIDS-Erkrankung ein-

schlägigen Gebietsarztausbildung (Internist, Dermatologe, Neurologe u. a.) Untersuchung und Behandlung üblicherweise in der Praxis durchführt und in Notfällen einen Hausbesuch macht. Zunehmend findet man, zunächst noch in den Großstädten, Allgemeinärzte mit besonderem Interesse und großer Erfahrung,

— zum anderen die Ambulanzen großer Krankenhäuser oder einer Poliklinik (in der Bundesrepublik Deutschland sind Polikliniken nur an Universitäten vertreten), denen in der Regel keine Hausbesuche erlaubt sind. Große kommunale Krankenhäuser haben nur in Ausnahmefällen eine eigene Ambulanz; im allgemeinen liegt eine persönliche Ermächtigung des Chefarztes für eng begrenzte Leistungen vor, die er selbst erbringen muß.

In Großstädten mit universitären Einrichtungen steht zur ambulanten/stationären Versorgung medizinisches Personal mit ausreichender Erfahrung zur Verfügung. In kleineren Städten oder ländlichen Bereichen ist derzeit schon aufgrund der geringen Fallzahlen noch keine ausreichende Erfahrung im Umgang mit AIDS-Kranken zu erwarten. AIDS-Patienten aus diesen Bereichen werden deshalb in der Regel in Zentren überwiesen. Hieraus resultieren unter Umständen längere Anfahrtswege für die Patienten und — als Folge des Gesundheitsreformgesetzes — erhebliche finanzielle Belastungen. Eine flächendeckende ambulante Versorgung durch Hausärzte ist derzeit noch nicht möglich; sie ist jedoch in einigen Großstädten schon sehr entwickelt.

Schematisch läßt sich die ärztliche Versorgung in folgende Bereiche einteilen:

— Diagnostik einschließlich Stadieneinteilung;
— Beratung über die Primärprävention (Schutz anderer Menschen);
— Therapie (Arzneimittel, unspezifische Therapie, Gesundheits- und Lebensberatung);
— Sekundärprävention (Schutzimpfungen, Rezidivprophylaxe);
— Vermittlung von Hilfen bei Problemen nicht medizinischer Art.

Die Diagnose umfaßt eine ausführliche medizinische und psychologische Anamnese einschließlich Sozial-, Drogen- und Sexualanamnese, die körperliche Untersuchung und Laborbestimmungen, gegebenenfalls Röntgen- und Computertomographieaufnahmen, Ultraschalluntersuchungen, Biopsien, Endoskopien usw.; bisweilen sind konsiliarische Untersuchungen durch Spezialisten wie Neurologen, Dermatologen, Ophthalmologen, Psychiater etc. notwendig. Die in regelmäßigen Abständen durchzuführende ärztliche Untersuchung muß durch apparative Kontrollen wie Computertomographieaufnahmen, EEG, Lymphozytendifferenzierung usw. immer wieder ergänzt werden.

Aufwendige apparative, bakteriologische und serologische Untersuchungen belasten erheblich die Quartalsabrechnungen der niedergelassenen Ärzte, so daß derzeit diese Untersuchungen noch überwiegend in Ambulanzen, Polikliniken oder bei stationärer Diagnostik bzw. Behandlung erfolgen müssen.

Die kausale Therapie der HIV-Infektion beschränkt sich zur Zeit auf eine Behandlung mit AZT (Zidovudin). Die bisherigen klinischen Forschungen zu AZT haben gezeigt, daß dieses Medikament bei symptomatischen Patienten den Krankheitsverlauf zumindest vorübergehend deutlich verlangsamen kann. Die Dosierung konnte von 1,5g/Tag auf 0,6g/Tag reduziert werden. Die Gefahr schwerer, z. T. lebensbedrohlicher unerwünschter Wirkungen konnte dadurch verringert, offenbar aber nicht ausgeschaltet werden.

Weitere Präparate sind in der Entwicklung. Ob sie lebensverlängernd wirken oder die Lebensqualität verbessern, bleibt abzuwarten. Dosierung, Intervalle und Dauer der Behandlung mit alten und neuen Medikamenten sowie die Therapie seltener Infektionen sind Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen.

Gegen die häufigste opportunistische Infektion bei Menschen mit HIV, die Pneumocystis-carinii-Pneumonie, wird das Medikament Pentamidin eingesetzt. Es kann die Pneumonie heilen oder verkürzen bzw. Rezidive verhindern und ist auch zur Vorbeugung schon vor dem Auftreten von Symptomen zugelassen. Diese Substanz wird inhaliert. Eine ausreichend hohe Konzentration in der Lunge hemmt das Wachstum der Pneumocysten; die Nebenwirkungen sind meist geringfügig.

Leider verzögert sich die optimale Therapie gelegentlich wegen verspäteter Überweisung an einen erfahrenen Arzt bzw. in eine Klinik. Durch die zunehmende Kompetenz niedergelassener Ärzte kann aber mittlerweile der Großteil der Diagnostik und Behandlung auch von ihnen übernommen werden.

Großen Raum in der ärztlichen Betreuung beansprucht die Beratung. Wie auch andere Patienten mit chronischen und womöglich zum Tod führenden Erkrankungen suchen AIDS-Kranke im Arzt einen Gesprächspartner über ihre Hoffnung auf lebensrettende Therapien und über ihre Beschwerden, die nicht immer Symptome HIV-assoziierter Erkrankungen sind, sondern auch andere, meist harmlose Beschwerden, die aus Angst vor dem Ausbruch von AIDS überbewertet werden. Der Arzt ist aber auch gefordert im Umgang mit den psychosozialen Folgen der AIDS-Erkrankung. Die Art der Betreuung muß sich nach den Betroffenengruppen richten.

Eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit der Kranken und Konzentrationsstörungen beim Gespräch können Hinweise auf Störungen des zentralen Nervensystems durch die HIV-Infektion, durch opportunistische Infektionen oder durch Tumore sein. Es besteht aber immer auch die Gefahr, psychische Reaktionen wie Wut, Trauer, Neid, Zorn, Agressionen oder depressive Verstimmungen von vornherein als neurologisch bedingte Wesensveränderungen aufgrund krankheitsbedingter Störungen des zentralen Nervensystems zu interpretieren. Es ist oft schwer, zwischen hirnorganisch und psychisch bedingten Reaktionen zu unterscheiden.

Bei der ärztlichen Beratung werden außerdem Fragen der Gesundheitsvorsorge besprochen wie zum Beispiel die vermehrte Infektionsgefährdung durch Rei-

sen in vor allem tropische Länder, Möglichkeiten einer gesünderen Lebensführung usw. Auch Fragen der Pävention: „Wie kann ich meinen Partner und andere Menschen vor einer Infektion schützen?" gehören in das ärztliche Gespräch.

2.1.2 Pflegerische Versorgung

Der Wunsch vieler Patienten, die Liegezeiten im Krankenhaus auf ein Minimum zu reduzieren, aber auch die geringe Bettenzahl in spezialisierten Krankenhäusern, führen zu zunehmenden Anforderungen an die ambulante und häusliche Pflege. Bisher wurden in der Bundesrepublik Deutschland vor allem alte Menschen und Behinderte von sozialen Einrichtungen und Pflegevereinen versorgt. Am Beispiel der Versorgung AIDS-Kranker wird deutlich, wie lückenhaft das Netz von Angeboten zur ambulanten Pflege, vor allem im ländlichen Raum, ist.

Die vielfältigen Infektionen als Folge der Immunschwäche erfordern in der pflegerischen Versorgung ein breit gefächertes Wissen. Berücksichtigt werden müssen außerdem soziale und psychische Probleme, die häufig zunächst an die Krankenschwester oder den Pfleger herangetragen werden. Der Umgang mit Menschen, die auf den Tod zugehen, erfordert ein großes Maß an Einfühlungsvermögen, aber auch zeitlichen Aufwand.

Solange es irgend möglich ist, versorgen sich die Patienten selbst, gegebenenfalls unter Mithilfe von Freunden oder Angehörigen. Erst wenn diese überfordert sind, werden auch andere, öffentliche Angebote wahrgenommen und in die häusliche Versorgung einbezogen.

Einrichtungen der ambulanten Pflege sind neben Sozialstationen der verschiedenen Träger, Gemeindeschwestern, die AIDS-Hilfen, Selbsthilfeorganisationen und das in einer Ambulanz oder Arztpraxis tätige Pflegepersonal.

Die Pflege im engeren Sinn umfaßt vor allem die Bereiche der Grund- und Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung:

— Die *Grundpflege* umfaßt neben hygienischen Maßnahmen, die den immungeschwächten Patienten vor zusätzlichen Infekten weitgehend schützen soll, wie z. B. die tägliche Körperpflege, auch Dekubitusprophylaxe, die Sorge für eine saubere Umgebung und die Versorgung mit Essen.

— Die *Behandlungspflege* beinhaltet alle Tätigkeiten des Pflegepersonals auf Anordnung des Arztes bei Erkrankungen der Haut, des Gastrointestinaltraktes, der Lunge, des zentralen und peripheren Nervensystems, der Augen oder anderer Bereiche. Dazu gehören Reinigen, Spülen und Versorgen von Affektionen der Haut und Schleimhäute, regelmäßige Verabreichungen von Medikamenten, auch in Form von Injektionen, regelmäßige ausreichende Nahrungszufuhr, Gewichtskontrollen und Hilfen für bettlägerige und gehbehinderte Patienten.

All diese Verrichtungen müssen in schweren Krankheitsphasen sieben Tage die Woche bei täglich etwa vier Stunden Zeitaufwand und mehr erbracht werden.

Die Pflege umfaßt gleichzeitig menschliche Zuwendung, da die Pflegeperson durch den täglichen, intimen Umgang schnell zur Vertrauensperson wird und zum Ansprechpartner für vielfältige Probleme. Der persönliche Einsatz des Pflegepersonals, die intensive Zuwendung zum Patienten, die Aufmerksamkeit für seine Wünsche und Bedürfnisse, die Begleitung des Patienten über häufig wiederkehrende Krankenhausaufenthalte und in der Sterbephase stellen hohe Anforderungen.

2.1.3 Psychologische Betreuung

Die psychischen Probleme der AIDS-Kranken sind — wie im 2. Kapitel **Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten,** und im weiteren dieses Kapitels beschrieben — vielfältiger Natur und können im Einzelfall erheblich sein.

Die wesentlichen Auslöser für psychische Konflikte sind das Abrücken der Familie, die durch die lange Latenz ausgelöste Unsicherheit und Angst, der mit dem körperlichen Verfall einhergehende Verlust an Aktivität und Sexualität, die aus der Möglichkeit der Infektion anderer resultierende Isolation, Partnerschaftskonflikte und die sehr hohe Letalität der Krankheit AIDS. Bei infizierten Frauen treten zusätzlich Probleme durch Schwangerschaft und Kindererziehung und die Sorge um die Zukunft der Kinder hinzu.

Unterstützung bei der Bewältigung seelischer Probleme erfahren AIDS-Kranke häufig durch Freunde, Angehörige und ehrenamtliche Betreuer der Selbsthilfeorganisationen. Psychologische Betreuung im engeren Sinne ist oft, aber nicht regelhaft erforderlich. Sie erfolgt — entsprechend der besonderen Art der Probleme im Einzelfall, der Art des Vertrauensverhältnisses und der Qualifikation des einzelnen Betreuenden — durch Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und Sozialarbeiter. Die Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufsgruppen können sich dabei überschneiden, was eine gute Kooperation zwischen ihnen erfordert. Die psychologische Betreuung durch einen Psychologen bzw. Psychotherapeuten ist um so mehr indiziert, je mehr die Bewältigung der aktuellen seelischen Probleme durch lebensgeschichtlich zurückliegende, nicht verarbeitete seelische Konflikte und Belastungen erschwert ist.

2.1.4 Soziale Betreuung

Die Mitteilung der Diagnose an Dritte oder die für andere erkennbaren Manifestationen der HIV-Infektion können schnell zum Verlust des „sozialen Netzes" führen, zum Verlust an Begegnungen mit Angehörigen, Freunden und Bekannten, zum Verlust emotionaler Unterstützung oder finanzieller Hilfen, zur Ausgrenzung aus der Nachbarschaft, Verlust der

Wohnung, zum Verlust des Arbeitsplatzes, zum sozialen Abstieg und am Ende zur Armut eines Sozialhilfeempfängers.

Derartige Notlagen zwingen den Patienten, institutionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dafür stehen Sozialarbeiter in Beratungsstellen der verschiedenen Träger wie z. B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt und AIDS-Hilfen, aber auch in Sozialämtern zur Verfügung. Fragen über Ansprüche auf gesetzliche Leistungen und über die Verhinderung sozialer Diskriminierung sind häufig erste Schritte zur Kontaktaufnahme.

Schwerpunkte der Gespräche bilden sozialrechtliche Fragen und die Hilfe bei der Durchsetzung gesetzlicher Ansprüche. Dazu gehört beispielsweise die Unterstützung bei Anträgen auf einen Schwerbehindertenausweis, auf Sozialhilfe und auf Pflegegeld. Hinzu kommen aber auch die Beratung und Betreuung bei der Bewältigung der Auswirkungen der Krankheit auf das Alltagsleben wie die Hilfe bei der Suche nach einer Wohnung oder einem Platz in einer betreuten Wohngemeinschaft.

2.1.5 Behandlung durch Heilpraktiker

HIV-Infizierte und an AIDS-Erkrankte wenden sich auch an Heilpraktiker. Dabei dürfte die Tatsache eine entscheidende Rolle spielen, daß es derzeit keine gesicherte Therapie gibt, welche die HIV-Infektion beseitigt oder den Ausbruch von AIDS verhindert. Hinzu kommt die Wirkung des Vertrauens, das oft in die Fähigkeiten einzelner Heilpraktiker gesetzt wird. Es läßt sich nicht von der Hand weisen, daß der Glaube eines Patienten an die heilende Kraft eines anderen Menschen den Überlebenswillen stärken kann.

Die Frage, ob und inwieweit Heilpraktiker HIV-infizierte und an AIDS erkrankte Menschen behandeln dürfen, wird im 6. Kapitel **AIDS und Recht,** Unterabschnitt 2 **Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben** behandelt.

2.2 Stationäre Versorgung

Auch bei gut organisierter und funktionierender ambulanter Versorgung wird eine stationäre Behandlung immer wieder notwendig, zum Beispiel zur Durchführung belastender oder mit möglichen Komplikationen behafteter Diagnostik, zur Einleitung von Infusions- oder nebenwirkungsreichen Therapien sowie zur Versorgung Schwerkranker, Pflegebedürftiger und Sterbender, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet ist. Manchmal ist das Krankenhaus der einzige Ort, an dem der Patient ausreichende menschliche Zuwendung erfährt. Dies kann gelegentlich zu einer Fixierung des Patienten auf die Klinik führen.

Mit der Aufnahme in stationäre Behandlung ist häufig die Frage nach der Unterbringung verbunden: Einzel-/Mehrbettzimmer bzw. AIDS-Station/gemischte Station.

Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen: In der Universitätsklinik Frankfurt wurden die ersten Patienten mit der damals „vermutlich infektiösen" Immunschwäche auf der Infektionsstation behandelt. Daraus entwickelte sich im Laufe der Jahre eine „AIDS-Station" unter Verlust der allgemeinen Infektionsstation. Die Belastung des Personals durch die ausschließliche Behandlung von AIDS-Patienten ist ein Nachteil dieser Lösung. Vorteile sind die enge Kooperation und räumliche Nähe zur AIDS-Ambulanz. Von den in der Ambulanz betreuten symptomlos HIV-Infizierten wird allerdings diese Nähe zur AIDS-Station, d. h. die Konfrontation mit den bereits Erkrankten, oft als belastend erlebt.

Wie die Frankfurter Erfahrungen zeigen, empfinden sich die Patienten auf der AIDS-Station gut versorgt und „wie zu Hause". Diese Art der zentralisierten Patientenversorgung erhöht das Wissen und die Erfahrung der beteiligten Ärzte und damit die Qualität der Versorgung. Der Nachteil dieser Zusammenfassung ist freilich die Offenlegung der Diagnose durch den Aufenthalt auf dieser Station.

Eine derartige AIDS-Schwerpunkteinrichtung fungiert darüber hinaus als Referenz- und Konsiliarinstitution für die Ärzte der Region. Sie wird ergänzt durch eine Gruppe kooperierender Ärzte, die die Patienten ambulant betreuen. Hinzu kommt die Funktion als Ausbildungsinstitution für Ärzte, die in Zukunft größere Zahlen von Patienten zu betreuen haben.

Im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin (siehe auch unter 3.6) und in den Münchner Universitätskliniken (siehe auch unter 3.8) erfolgt die Unterbringung von AIDS-Kranken auf gemischten Stationen. Damit wird dem Patienten der Krankenhausaufenthalt als „normaler Vorgang" erleichtert, die Offenlegung der Diagnose freigestellt und das Pflegepersonal kann vielseitig tätig bleiben.

Die Unterbringung in Einzel- oder Mehrbettzimmern hängt von der Schwere des Krankheitsbildes einerseits und von der Verfügbarkeit von Einzelzimmern andererseits ab. Die Unterbringung im Mehrbettzimmer ist für Kranke mit guter Prognose vorzuziehen, weil es die Rückkehr in den Alltag erleichtert, speziell wenn die Mitpatienten nicht an AIDS leiden. Das Zusammenlegen von mehreren AIDS-Patienten in einem Zimmer erhöht zwar das Verständnis der Krankheit und verbessert möglicherweise ihre Prognose, bringt aber vor allem bei Drogenabhängigen manchmal Probleme mit sich. Für Sterbende und für psychisch instabile Patienten wird die Pflege in Einzelzimmern angestrebt, um jederzeit, auch nachts, Angehörigen oder Freunden einen Besuch bzw. das sogenannte Rooming in zu ermöglichen. Limitierend ist die geringe Zahl der Einbettzimmer in den meisten Kliniken und Krankenhäusern.

2.2.1 Ärztliche Betreuung

2.2.1.1 Behandlung von Infektionen und Malignomen

Ärztliche Aufgaben bei der stationären Versorgung betreffen in erster Linie Diagnostik und Therapie opportunistischer Infektionen und Malignome sowie die Abklärung neurologischer Fragen. Zweit-, Dritt- oder Mischinfektionen führen oft zu einer unklaren Sym-

ptomatik. Hierdurch wird die zeitaufwendige, personalintensive und teure Diagnostik sowie der frühzeitige Einsatz gezielter therapeutischer Mittel erschwert.

Die Diagnose einiger schwerer Komplikationen bei AIDS erfordert komplizierte Untersuchungstechniken zur Gewinnung von Untersuchungsmaterial (provoziertes Sputum, Bronchoskopie mit Lavage, transbronchiale Biopsie, ggf. auch komplizierte Endoskopie des Intestinaltrakts). Die notwendige Spezialausrüstung, aber auch die hierfür notwendigen Spezialisten müssen in einem Krankenhaus, das eine umfassende AIDS-Versorgung betreibt, vorhanden sein.

Neben dem Kenntnisstand der Ärzte müssen in einem Krankenhaus auch die z. T. recht schwierigen Laboruntersuchungen möglich sein (T-Zelldifferenzierung, Pneumocystis-, Mykobakterien- und Pilz-Diagnostik, spezialisierte Histologie). Besondere diagnostische Leistungen wie z. B. Computertomographie des Schädels müssen in der näheren Umgebung erbracht werden können.

Besonders in der Spätphase der Erkrankung haben die Patienten sehr häufig Augenmanifestationen (Cytomegalie, Toxoplasmose, Kaposi-Sarkom u. a.). Eine enge Zusammenarbeit mit einem eingearbeiteten Augenarzt ist unbedingt erforderlich. Die Therapie einer Zytomegalie des Auges, die unbehandelt schnell zur Erblindung führt, ist ausgesprochen schwierig. Sie hat viele Nebenwirkungen und meist nur temporäre Erfolge. Die zwei zur Verfügung stehenden Mittel haben viele Nebenwirkungen, ihre Erfolge sind begrenzt.

Umfassende medizinische Versorgung von AIDS-Patienten erfordert einen erheblichen Aufwand und gute Kenntnisse. Die hierfür notwendigen eingearbeiteten Spezialisten sind bisher erst in ungenügender Anzahl vorhanden.

2.2.1.2 Neurologische/psychiatrische Betreuung

Zu den neurologisch/psychiatrischen Einweisungsdiagnosen gehören in erster Linie der AIDS-Dementia-Komplex sowie die Hirntoxoplasmose. Manchmal äußert sich eine ZNS-Infektion durch HIV auch als akute Psychose oder Durchgangssyndrom. Schwierig wird die Diagnose seltener sekundärer Neuroinfektionen (Lues, Cytomegalie, Kryptokokkeninfektion, multifokale Leukenzephalitis). Nicht selten liegen auch Tumore (Hirnlymphom u. a.) vor. Alle genannten Krankheitsbilder können sowohl eine neurologische als auch eine psychiatrische Symptomatik verursachen. Diagnose und Behandlung dieser Krankheitsbilder gehören ausschließlich in die Hand von Ärzten, die über ausreichende neurologische und psychiatrische Kenntnisse verfügen. Zum Teil werden aufwendige apparative Untersuchungen (Computertomographie, Kernspintomographie, EEG) notwendig. Die enge Zusammenarbeit mit einem Ophthalmologen ist unerläßlich, da sich häufig auch eine Augenbeteiligung findet. Nicht selten haben Patienten mit neurologischen Manifestationen epileptiforme Anfälle.

Die Therapie von neurologischen Manifestationen richtet sich nach der jeweils vorliegenden Erkrankung. Antibiotika, Chemotherapeutika (Gancyclovir, Interferon), evtl. auch AZT, stehen zur Verfügung. Häufig müssen auch Psychopharmaka und Antiepilektika zum Einsatz kommen. Psychiatrische Erkrankungen können aber auch schon vor der HIV-Infektion bestanden haben. Auch darf nicht jede psychische Auffälligkeit mit der HIV-Infektion erklärt werden.

Die Behandlung von Drogenabhängigen, die nicht entzogen sind, wirft besondere Probleme auf.

2.2.2 Pflegerische Versorgung

Neben den ärztlichen Aufgaben kann auch die Notwendigkeit intensiver pflegerischer Betreuung Grund zur stationären Aufnahme sein. Behandlungs- und Grundpflege nehmen dabei einen der onkologischen und/oder Intensivpflege vergleichbaren Raum ein; das gilt auch für den Bedarf an breiter menschlicher Zuwendung. In der Praxis erweist sich die Gruppenpflege gegenüber der Funktionspflege meist als patientengerechter. Auch dies kann den zeitlichen und personellen Aufwand erhöhen, wird aber von den Stellenplänen nicht berücksichtigt, so daß entweder das Pflegepersonal überlastet wird oder die anderen Patienten zu kurz kommen; meistens ist beides der Fall.

Patienten mit Pneumocystis-carinii-Pneumonie, schweren Durchfällen, extremer Kachexie oder fortgeschrittenem Karposi-Sarkom sind selbst für motivierte und erfahrene Schwestern und Pfleger eine besondere Belastung.

AIDS-Patienten in stationärer Behandlung bedürfen sehr oft der intensiven Betreuung, ähnlich wie die Patienten auf den onkologischen Stationen. Die Patienten sind häufig in einem schlechten Allgemein- und Ernährungszustand und brauchen selbst für alltägliche Verrichtungen zusätzliche Hilfe, z. B. bei Lähmungen oder Gehbehinderungen, Hilfestellung beim Verlassen des Bettes, beim Essen oder auch bei der täglichen Körperpflege.

Auch Maßnahmen zur Prophylaxe von Dekubitus, Pneumonie oder Spitzfußstellung gehören zur täglichen Versorgung. Alle pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen müssen dokumentiert werden. Das gleiche gilt für Beobachtungen zum Krankheitsverlauf und dem Befinden des Patienten. Auch die Weitergabe der Informationen an die nächste betreuende Schwester braucht Zeit. Neben den pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen bedarf der AIDS-Kranke besonderer menschlicher Zuwendung, die viel Zeit in Anspruch nimmt. Genaue Untersuchungen über den Zeitaufwand und die genaue Art pflegerischer Leistungen fehlen immer noch.

Aufgrund der starken psychischen Belastung durch den täglichen Umgang mit Schwerstkranken muß für das Pflegepersonal die Möglichkeit psychologischer Betreuung gewährleistet sein. Von vielen Pflegern (und Ärzten) werden ständige Supervision und psychologische Unterstützung gern in Anspruch genommen, andere lehnen sie ab.

Zum Teil resultiert bei den Pflegekräften aus der hohen körperlichen und psychischen Belastung bei gleichzeitig schlechter Bezahlung für eine verantwortungsvolle Tätigkeit eine erhebliche Berufsunzufriedenheit. Diese führt, ähnlich wie auf onkologischen und auf Dialysestationen, immer wieder zum Abwandern guter Pflegekräfte von AIDS-Stationen bzw. Stationen mit einem hohen Anteil AIDS-Kranker.

2.2.3 Psychologische Betreuung

Die Auseinandersetzung mit AIDS beginnt zuweilen erst mit dem Auftreten erster Symptome. Bei einem stationären Aufenthalt umfaßt die psychologische Betreuung deshalb nicht nur die Bewältigung der aktuellen Situation und der notwendigen und möglicherweise belastenden Maßnahmen, sondern auch die bereits näher beschriebene Auseinandersetzung mit allen im Zusammenhang mit der Infektion stehenden Problemen und damit auch der Prognose. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung rücken, wie bei anderen schweren Erkrankungen, Gedanken an Tod und Sterben in den Mittelpunkt. Fast immer bereiten nicht nur der Tod, sondern auch die Art und Weise des Sterbens Angst.

Allgemeine Probleme können in therapeutischen Einzel- oder Gruppengesprächen während des stationären Aufenthaltes und danach angesprochen und Lösungsansätze erarbeitet werden. Besonders günstige Voraussetzungen bietet dabei die Einschaltung eines für die Thematik offenen Klinikpsychologen bzw. Klinikseelsorgers. Alles, was den Kranken im Hinblick auf seine Prognose zutiefst persönlich betrifft, kann er nur mit solchen erfahrenen Vertrauenspersonen erörtern.

2.2.4 Soziale Betreuung

Soziale Betreuung während eines Krankenhausaufenthaltes hat meist die Planung des weiteren Lebens zum Inhalt. Dazu gehört vor allem die Rückkehr an den Arbeitsplatz bzw. die Sicherung des Lebensunterhaltes, wenn der Kranke nicht wieder arbeitsfähig wird oder trotz erhaltener Arbeitsfähigkeit seinen Arbeitsplatz verliert. Diese Hilfe ist für Patienten besonders wichtig, wenn sie von ihrer Umwelt alleingelassen wurden. Selbst enge Freunde nehmen oft den stationären Aufenthalt zum Anlaß einer Trennung oder lassen sich aus persönlichen Gründen in dieser Zeit nicht sehen. Dann werden selbst kleine Besorgungen zu unüberwindlichen Problemen.

Zur Bewältigung solcher Probleme stehen bereits heute in vielen Krankenhäusern Sozialarbeiter zur Verfügung, die mit dem Patienten gemeinsam individuelle Lösungen erarbeiten, um den stationären Aufenthalt nicht unnötig zu verlängern. Allerdings sind nicht alle Sozialarbeiter mit den besonderen Problemen im Zusammenhang mit AIDS vertraut.

Für persönliche Betreuung, die Aufrechterhaltung des sozialen Kontaktnetzes, aber auch für Besorgungen und Botengänge hat sich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen bewährt, die Schulung und Supervision der Mitarbeiter gewährleisten. So kommen Mitarbeiter vieler AIDS-Hilfen regelmäßig auf die Stationen und bemühen sich um die Belange der Kranken, woraus sich oft enge Kontakte über den stationären Aufenthalt hinaus ergeben. Im Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin unterhält die Berliner AIDS-Hilfe auf der Station ein eigenes Büro, von dem aus sie die Betreuung der Kranken durch Mitarbeiter der AIDS-Hilfe koordiniert.

3. Interdisziplinäre Versorgung

3.1 Vorbemerkung

Im Laufe der Jahre hat sich zunehmend die Erkenntnis durchgesetzt, daß eine angemessene und erfolgversprechende Betreuung der Erkrankten nur durch eine interdisziplinäre Versorgung möglich ist, d. h. Ambulanz, Tagesklinik, stationärer Bereich, niedergelassene Ärzte, Sozialstationen und Selbsthilfegruppen müssen miteinander verflochten werden und zu der Behandlung von medizinischen Symptomen muß die Unterstützung durch Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Selbsthilfegruppen hinzukommen.

3.2 Modellprogramm „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen"

Das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) hat über das Modellprogramm „Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen" (siehe auch unter 7.1.2.3) zahlreiche Einrichtungen mit zusätzlich bis zu sechs Fachkräften ausgestattet. Ziel des Modellprogramms (Laufzeit von Ende September 1987 bis Dezember 1991) ist die Erprobung ambulanter Versorgungsangebote, die den von AIDS Betroffenen ein Verbleiben in ihrem eigenen Umfeld ermöglichen und damit Krankenhausaufenthalte auf das medizinisch notwendige Maß beschränken sollen.

Ein zentrales Aufgabenfeld der im Rahmen des Modellprogramms geförderten Projekte stellt dementsprechend die krankenpflegerische und hauswirtschaftliche Grundversorgung AIDS-Kranker dar. Der von einer Vielzahl der Projekte gewählte Ansatz einer ganzheitlichen Pflege sowie die im Rahmen des Modellprogramms geförderten Zusatzangebote in Form psychosozialer Hilfsdienste zielen auf die Unterstützung der Betroffenen bei der psychosozialen Bewältigung der Krankheit und möglicher krankheitsbegleitender Problemstellungen ab. Neben der kranken- und hauspflegerischen Versorgung sowie der psychosozialen Betreuung der AIDS-Kranken wird auch der Fortbildung und Information der Angehörigen von Sozial- und Gesundheitsberufen, die nicht am Modellprogramm beteiligt sind, eine besondere Bedeutung zugemessen.

Der im Juni 1989 von der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgelegte zweite Zwischenbericht kommt zu folgenden Bewertungen: Zum gegenwärtigen Zeit-

punkt können AIDS-Kranke im Bedarfsfall im Einzugsbereich von Großstädten, in denen der überwiegende Teil der derzeit von AIDS Betroffenen lebt, auf ein differenziertes und betroffenengerechtes Hilfs- und Unterstützungsangebot zurückgreifen. Dies wird unter anderem durch die in vielen Regionen gut entwickelte Kooperation zwischen Einrichtungen der Selbsthilfeorganisationen, der Drogenhilfe sowie den beteiligten Pflegediensten der Freien Wohlfahrtsverbände ermöglicht.

Die ambulante Betreuung konzentriert sich dabei auf großstädtische Ballungsräume wie Berlin, München, Köln, Frankfurt, Düsseldorf, Bremen und Hamburg, während die Nachfrage im mittelstädtisch ländlichen Bereich, trotz eines Zuwachses an Erkrankten, deutlich geringer ist. Neben der verstärkten Nachfrage nach ambulanter Betreuung ist es den Projektmitarbeitern gelungen, durch Aufklärung, Beratung und Betreuung von Angehörigen das Selbsthilfepotential im sozialen Umfeld der Betroffenen zu fördern und so Voraussetzungen zu schaffen, unter denen häusliche Pflege erst möglich ist.

3.3 Berliner Beispiel ambulanter pflegerischer Versorgung von AIDS-Patienten

Die ambulante Versorgung von AIDS-Patienten in Berlin umfaßt eine Kooperation der Sozialstationen, Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Ärzte.

Seit 1984 hat in Berlin die Anzahl der Sozialstationen, die sich um die ambulante pflegerische Versorgung der Kranken kümmern, stark zugenommen. Dies war aufgrund der Unterstützung der Bundesregierung durch das vorerwähnte Modellprogramm möglich. Zum Kernangebot gehören die häusliche Krankenpflege, die Hauspflege/Haushaltshilfe und die soziale Beratung kranker Menschen. Darüber hinaus fungieren die Sozialstationen als Anlauf-, Beratungs- und Vermittlungsstellen.

Zunächst einmal ging es darum, einen Informations- und Beratungsdienst aufzubauen, welcher vor Ort in die Sozialstationen und Krankenpflegeschulen geht, um dort die Fortbildung voranzutreiben.

Dieses Team setzt sich zusammen aus einer Ärztin, einem Psychologen, einem Sozialarbeiter und einer Krankenschwester und untersteht der Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes. Der Vorteil dieser Zusammensetzung ist die Ausrichtung auf eine ganzheitliche Versorgung, die alle Aspekte der medizinischen, psychologischen, pflegerischen und sozialen Betreuung umfaßt.

Parallel dazu schlossen sich 1984 einige Pflegekräfte, die Senatsverwaltung für Gesundheit und Mitarbeiter der AIDS-Hilfe zu einem Arbeitskreis zusammen, der die Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und -initiativen, stationären Einrichtungen, Vertretern der Wohlfahrtsverbände, Vertretern der Ärzteschaft und Pflegekräften initierte.

Als Erfolg für den ambulanten Versorgungsbereich ist die Einführung eines Fachreferats als Koordinierungsstelle in der Landesverwaltung zu verzeichnen.

Leitgedanke der Betreuung durch die Sozialstationen ist die Auffassung, daß jeder Kranke die Möglichkeit haben sollte, in seiner vertrauten häuslichen Umgebung adäquate pflegerische und psychosoziale Versorgung zu erhalten. Um die Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu garantieren, sind in drei Schwerpunktkrankenhäusern Koordinierungsschwestern/-pfleger eingesetzt. Die Aufgabe dieser Pflegekräfte ist u. a. die Begleitung der Patienten aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Probleme ergeben sich hier bei der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen. Nicht alle Krankenkassen gewähren parallel zur Krankenpflege zusätzlich eine Hauspflege.

Aufgrund der starken psychischen Belastung durch den täglichen Umgang mit Schwerstkranken wird vom Pflegepersonal ständige Supervision und psychologische Unterstützung für dringend erforderlich gehalten.

3.4 Mobiler AIDS-Pflege- und Betreuungsdienst der Arbeiterwohlfahrt in Oberbayern

Im Januar 1988 hat die Arbeiterwohlfahrt im Rahmen der Modellförderung durch das BMJFFG einen mobilen AIDS-Pflege- und Betreuungsdienst im ländlichen Raum in Oberbayern eingeführt. Das Personal setzt sich aus fünf Krankenpflegekräften und zwei Sozialarbeitern zusammen. Die Arbeit umfaßt die häusliche Pflege von AIDS-Kranken und die psychosoziale Betreuung von HIV-Positiven.

In den Jahren 1988 und 1989 wurden insgesamt 68 Patienten/Klienten gepflegt bzw. psychisch betreut. Davon sind 21 Patienten inzwischen verstorben. In den ersten beiden Monaten des Jahres 1990 kamen 14 neue Patienten/Klienten hinzu. Die Versorgung der Patienten kann von den fünf Pflegekräften nur unter Einsatz zahlreicher Überstunden sichergestellt werden.

Um die Versorgungstrukturen für AIDS-Patienten und HIV-Positive zu verbessern, wurde 1989 damit begonnen, in allen 20 Landkreisen des Regierungsbezirkes Oberbayern in Zusammenarbeit mit den AIDS-Fachkräften der Gesundheitsämter „AIDS-Arbeitskreise" auf Landkreisebene zweimal jährlich durchzuführen.

Die flächendeckende Versorgung eines so großen ländlichen Raumes kann mit den derzeitigen Kräften nicht gewährleistet werden. Erforderlich ist sowohl eine bessere personelle wie auch finanzielle Ausstattung des Mobilen Dienstes.

3.5 Betreuung und Versorgung in Wohngemeinschaften

Ein weiteres Ziel der ambulanten Dienste ist die Organisation und Einrichtung von professionell betreuten Wohngemeinschaften für an AIDS erkrankte Personen. Diese Hilfe wird als notwendig erachtet, weil manche Betroffene kaum noch in der Lage sind, ihren Alltag eigenständig zu bewältigen bzw. oftmals keine Unterstützung durch andere Personen finden. Gründe für die Aufnahme sind meist die Trennung vom Partner oder der Familie bzw. der Verlust der Wohnung. Die Trägerschaft der zum Teil erst geplanten Projekte übernehmen die Freien Wohlfahrtsverbände.

Die Versorgung umfaßt neben der Krankenpflege auch psychosoziale Betreuung und medizinische Versorgung. Für den täglichen Unterhalt kommen die Betroffenen selbst auf. Bei Bedarf können Mahlzeiten über „Essen auf Rädern" bezogen werden. Wegen der besonderen Problematik drogenabhängiger Infizierter ist Drogenfreiheit Bedingung zur Aufnahme in die bislang vorhandenen Wohngemeinschaften. Dabei sind sich alle Beteiligten darüber im klaren, daß gerade Abhängige ein Projekt dieser Art benötigen. Die Unterbringung von Süchtigen in einer solchen Einrichtung ist aber besonders problematisch.

Seit Oktober 1989 existiert in Berlin ein neues Projekt zur besseren Wohnraumversorgung für Menschen mit HIV und AIDS. Angesichts der aussichtslosen Situation für diese Menschen bei der Wohnungssuche wurde ein neuer Weg eingeschlagen: Die Gründung der gemeinnützigen Gesellschaft **„zuhause im Kiez — ziK"** GmbH. ZiK hat sich zum Ziel gesetzt, zur dauerhaften Wohnraumsicherung Wohnungen an- und unterzuvermieten oder auch geeignete Immobilien zu erwerben, da besonders Menschen mit AIDS, die bisher auf der Straße oder in „Billigpensionen" leben, gesundheitsstabilisierende und menschenwürdige Wohnverhältnisse brauchen. Gesellschafter der GmbH sind die Berliner AIDS-Hilfe, der Anti-Drogen-Verein, der Verein für Suchtprävention und -therapie, die Drogenberatungstelle Tiergarten und der Verein HIV e.V.

Bisher wurden sieben Wohnungen angemietet und an Menschen mit HIV und AIDS weitervermittelt. Fünf Einzelwohnungen befinden sich in einem Haus. Das erleichtert die gegenseitige Hilfe und Unterstützung der Mieter untereinander. Im Einzelfall soll für Drogenabhängige die Voraussetzung zur Substitution von L-Polamidon geschaffen werden. Die Selbsthilfe der Betroffenen soll innerhalb des Projekts gefördert werden.

Das ziK-Konzept orientiert sich an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Menschen mit HIV und AIDS. Die Mitarbeit und Mitbestimmung der Bewohner im Projekt ist gewünscht und gewährleistet: Es finden regelmäßig Mieterversammlungen statt, von denen aus eine Person des Vertrauens in die Sitzungen des Fachbeirates der ziK GmbH deligiert werden kann. Bereits funktionierde Strukturen der Versorgung im Stadtteil werden durch Kooperation von ziK mit allen wichtigen Einrichtungen genutzt. Diesem Verbundsystem gehören an:

- niedergelassene Ärzte,
- Sozialstationen,
- das Auguste-Viktoria-Krankenhaus,
- Apotheken,
- das Bezirksamt des jeweiligen Stadtteils,
- Drogeneinrichtungen,
- die Berliner AIDS-Hilfe und
- Stadtteil-Initiativen.

3.6 Schöneberger Modell

Das Konzept dieses Modells hat seinen Ursprung in Kanada, Frankreich und den USA. Ziel war es, die stationäre mit der ambulanten Versorgung zu vernetzen. Die Initiative ging von der Zweiten Inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses in Berlin (AVK) und den im Berliner „Arbeitskreis AIDS" zusammengeschlossenen niedergelassenen Ärzten aus. Das Modell umfaßt die stationäre Behandlung im AVK, die ambulante Betreuung durch niedergelassene Ärzte, die zum „Arbeitskreis AIDS" gehören, sowie die ambulante Pflege durch Sozialstationen AIDS-Hilfe und Selbsthilfeorganisationen. Unterstützung erhielt das Modell durch den Verwaltungsleiter des Krankenhauses, die Krankenpflegeleiterin und die Krankenhauskonferenz bis hin zu den Chefärzten anderer Disziplinen, so daß nun sämtliche Abteilungen der Klinik hinter dieser Idee stehen. Ziel der Vernetzung von klinischem Zentrum und niedergelassenen Ärzten ist: soviel ambulant wie möglich und so wenig stationär wie nötig, um die Erkrankten, solange und so häufig wie es eben geht, in ihrer vertrauten Umgebung zu lassen.

Die Personalstruktur orientiert sich an den vielschichtigen Problemen des Krankheitsbildes, so daß das Team des AVK aus Ärzten, Krankenschwestern/Pflegern, Psychologen, Sozialarbeitern und Krankengymnasten besteht. Ein Psychologe, der die stationären Patienten betreut, hat in diesem Modell eine zentrale Stellung, da nicht nur die medizinischen Aspekte Beachtung finden sollen. Eine wichtige Funktion hat der Sozialarbeiter, der sich während des stationären Aufenthaltes um die sozialen Belange des Patienten kümmert und Voraussetzungen für eine unkomplizierte, ambulante Betreuung schafft. Um den stationär-ambulanten Übergang möglichst reibungslos zu gestalten, arbeiten der Sozialarbeiter und eine von der AIDS-Hilfe delegierte Krankenschwester schon ab den ersten Tagen eines stationären Aufenthaltes zusammen. So vermittelt die Schwester persönliche Kontakte zur AIDS-Hilfe oder anderen Selbsthilfeorganisationen und die pflegerische Betreuung durch Sozialstationen oder private Pflege nach der Entlassung.

Die ambulante, medizinische Betreuung übernehmen erfahrene niedergelassene Internisten und andere im „Arbeitskreis AIDS" zusammengeschlossene Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen. Fachliche Spezialisierung und gleichzeitige Hausarztfunktion gewährleisten eine kompetente ambulante Betreuung der Patienten und ermöglichen den Verzicht auf ein Ambu-

latorium, das auch an einem städtischen Krankenhaus nach unserer medizinischen Organisation kaum möglich ist.

3.7 Schwabinger Modell

Die Ambulanz für Immunschwächeerkrankungen am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing setzt sich seit 1983 mit dem Problem HIV und AIDS auseinander. Hier fungiert die ambulante Tätigkeit als Bindeglied zwischen der stationären Versorgung und den niedergelassenen Ärzten. Auch beim Schwabinger Modell wurden die Erfahrungen und Kenntnisse der ambulanten Betreuung in den USA (San Franzisko) als Grundlage herangezogen.

Die Integration umfaßt die klinische Versorgung durch alle Fachrichtungen, die im Haus vertreten sind, die Beratung und Forschung sowie die Einbeziehung von Systemen außerhalb der Medizin. Ein Psychologe ist ebenfalls in die Ambulanztätigkeit einbezogen. Dies wird von den Patienten, aber auch von den in der Ambulanz Tätigen als hilfreich empfunden. Zentrale Bedeutung hat die enge Kooperation zwischen Hausarzt, Ambulanz und stationärer Versorgung. Die zentrale Organisationsstelle ist die interdisziplinäre HIV- und AIDS-Ambulanz im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing.

Die schwerpunktmäßige Ausrichtung der medizinischen und psychosozialen Betreuung auf den ambulanten Bereich hat gezeigt, daß ein großer Prozentsatz — Schätzungen gehen bis zu 80% — der anfallenden Probleme im Zusammenhang mit AIDS dort gelöst werden können.

Da es im Zusammenhang mit AIDS immer noch Informationsdefizite gibt, findet seit mehr als zwei Jahren in Schwabing monatlich ein Fortbildungsabend über medizinische und psychosoziale Fragen statt.

3.8 Modell Innenstadtkliniken München

Die Vielfalt der Symptome und beteiligten Organe bei der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung erfordert die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Spezialdisziplinen, wie sie im Bereich der Münchner Innenstadtkliniken möglich ist. Die internistische, infektiologische und immunologische Betreuung erfolgt in der Medizinischen Poliklinik; für Fachkonsile stehen Neurologen, Psychiater, Dermatologen, Gynäkologen, HNO- und Augenärzte, Urologen und Chirurgen zur Verfügung. Der entscheidende Vorteil der poliklinischen Versorgung besteht im Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Versorgung mit einer Minimierung von Informationsverlusten durch Überweisungen.

Stationäre Aufnahmeindikationen ergeben sich überwiegend im internistischen Bereich durch opportunistische Infektionen, Malignome oder Kachexie und in der Neurologie durch opportunistische Infektionen des zentralen Nervensytems oder eine Enzephalopathie. Probleme bei der stationären Versorgung ergeben sich in München wie in anderen Städten aus dem Schwesternmangel, zum Teil auch aus den besonderen Problemen bei der Pflege AIDS-Kranker.

Die pflegerische Versorgung ambulanter Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit Sozialstationen und Selbsthilfeorganisationen. Psychologische und soziale Beratung ist im Bereich der Innenstadtkliniken einerseits durch die der Dermatologischen Klinik angegliederte AIDS-Beratungsstelle der Bayerischen AIDS-Stiftung, andererseits durch die Zusammenarbeit mit der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik gewährleistet.

In Frankfurt erfolgt die Patientenversorgung weitgehend ähnlich. Limitierend ist die Kapazität der Einrichtung. In die relativ wenigen Betten können nur noch Schwerkranke aufgenommen werden. Die Ambulanz ist an der Grenze ihrer Kapazität angelangt. 1990 kommt eine Tagesklinik zu der Einheit von Station und Ambulanz hinzu; hierdurch können z. B. Aufnahmen wegen Infusionen vermieden werden. Ein Sozialarbeiter sowie eine Studienkoordinatorin ergänzen das Personal der Einheit. Ein besonderer Vorteil ist das eigene mikrobiologische Laboratorium für Spezialfragen der AIDS-Diagnostik (quantitative Keimzählung, Cryptococcusdiagnostik, Cryptosporidiendiagnostik, provoziertes Sputum u. a.). Nachteilig ist die etwas abseitige Lage des Gebäudes, die die Verlegung von Patienten, z. B. in die Röntgenabteilung, erschwert.

4. Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung

4.1 Finanzierung der Behandlung durch niedergelassene Ärzte

Geht der Patient mit Kranken- oder Überweisungsschein zum niedergelassenen Arzt, so kann dieser alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der Beratungs- und therapeutischen Gespräche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Krankenkasse abrechnen. Ein voller finanzieller Ausgleich der für den Patienten aufgewendeten Zeit, speziell für Gespräche, ist jedoch derzeit nicht möglich.

Durch die vergleichsweise aufwendige Diagnostik und Therapie kommt es zu einem Anstieg der durchschnittlichen Gesamtkosten in einer Arztpraxis, zumal wenn diese mehrere AIDS-Patienten betreut.

Die Kosten der z. T. teuren Medikamente, wie AZT oder Antibiotika, sind nicht in diesen Beträgen enthalten. Die Abrechnung erfolgt zwischen Apotheker und Krankenkasse, doch kann die Überschreitung eines Regelbetrages von der Kasse dem Arzt angelastet werden. Der Arzt hat zwar die Möglichkeit, die Überschreitung zu begründen, dies ist aber mit zusätzlichem Aufwand verbunden.

4.2 Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Ambulanzen und Polikliniken

Geht der Patient in eine Ambulanz oder Poliklinik, so kann diese Einrichtung unabhängig davon, wieviele Untersuchungen gemacht oder wie häufig der Patient im Quartal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat, nur einen Festbetrag pro Patient und Quartal mit der Krankenkasse abrechnen. Dieser Betrag liegt derzeit zwischen 65,— und 85,— DM. Die gesamte Versorgung, einschließlich der Fachkonsile sowie der apparativen- und Labordiagnostik, gilt als mit diesem Betrag abgegolten. Die Kosten der z. T. teueren Medikamente sind, wie bei der Behandlung durch niedergelassene Ärzte, in den Beträgen nicht enthalten.

Durch Sonderverträge zwischen Polikliniken und Krankenkassen können bei der Behandlung von AIDS-Patienten, wie Frankfurt zeigt, auch Festbeträge von 360,— DM pro Person und Quartal abgerechnet werden. Jedoch ist auch dieser Betrag nicht annähernd kostendeckend.

An einer Poliklinik betragen die Kosten allein für die Erstuntersuchung 850,— DM, andere Schätzungen ergeben für das Quartal Kosten in Höhe von 500,— bzw. 1 500,— DM. Die über die Festbeträge hinausgehenden Kosten gehen in den Polikliniken zu Lasten des Etats für Lehre und Forschung bzw. zu Lasten der Länder als Träger der Universitäten. Genaue Analysen der Leistungen und daraus resultierender Kosten fehlen bis jetzt.

4.3 Finanzierung stationärer Versorgung

Der stationäre Aufenthalt wird ebenfalls über einen Festbetrag, genannt Tagessatz, der von Klinik zu Klinik unterschiedlich ist und jedes Jahr neu festgesetzt wird, mit den Krankenkassen abgerechnet. Darin sind alle Leistungen wie Unterbringung, Verpflegung, Medikamente, ärztliche und pflegerische Versorgung sowie die gesamte Diagnostik enthalten. Dieser Tagessatz ist regional verschieden; an Krankenanstalten, die AIDS-Kranke behandeln, liegt er zwischen 350,— und 550,— DM. Die Universitätsklinik Düsseldorf kann aufgrund eines Sondervertrages für AIDS-Patienten einen Pflegesatz von 920,— DM pro Tag abrechnen.

4.4 Finanzierung ambulanter Krankenpflege

Für die ambulante Krankenpflege stehen Sozialstationen, AIDS-Hilfen und private Einrichtungen zur Verfügung. Auch hier erfolgt die Abrechnung mit den Krankenkassen über Festbeträge. Für die tägliche Grundpflege (Körperpflege) können etwa 15,— DM pro Tag, bei besonderer Notwendigkeit auch zweimal täglich, abgerechnet werden. Die Behandlungspflege hat für jede angeordnete Leistung, wie z. B. Injektionen oder Wundversorgung, gesonderte Festbeträge. Dazu kommen Wegegebühren für Tag- oder Nachtbesuche und bei Bedarf auch die Abrechnung einer Tag- und/oder Nachtwache zwischen 60,— und 110,— DM hinzu. Diese Beträge schwanken je nach Region.

Auch hier müssen die Träger der Einrichtungen, wie Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutsches Rotes Kreuz, AIDS-Hilfe usw. die darüber hinausgehenden Kosten tragen.

4.5 Finanzierung psychosozialer Betreuung von Patienten und Angehörigen

Psychosoziale Betreuung ist je nach betreuender Institution kostenlos oder über einen Krankenschein abzurechnen. Dies gilt für Betroffene wie für Angehörige.

In den Beratungsstellen, wie AIDS-Hilfen oder Stellen in Trägerschaft der Kommunen oder freier Wohlfahrtsverbände, werden psychologische und soziale Beratung und Hilfe kostenlos angeboten. Die Zuschüsse von Gemeinden, Ländern und Bund, derzeit auch im Rahmen von Modellförderungen, decken häufig nur die Personalkosten, nicht jedoch die Bereitstellung und Organisation von Hilfsangeboten sowie konkrete Hilfsmaßnahmen.

Treten psychische oder psychosomatische Beschwerden auf, die der Behandlung durch einen Psychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen bedürfen, so kann diese über den Krankenschein abgerechnet werden, von Psychologen jedoch nur über das Delegationsverfahren.

5. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Ausreichendes Wissen über AIDS ist für alle Ärzte, alles medizinische Hilfspersonal und alle anderen betreuenden Berufe und Helfer unerläßlich; deshalb gehören die HIV-Infektion und die AIDS-Erkrankung in den Studienplan der Ärzte und die Ausbildungspläne des Pflegepersonals, der Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter usw.

5.1 Medizinstudium, Fort- und Weiterbildung der Ärzte

Im Lernzielkatalog für Mediziner und Zahnmediziner ist die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung mit all ihren Voraussetzungen und Konsequenzen nicht ausdrücklich aufgeführt. Fragen zu AIDS werden aber entsprechend der Bedeutung der Krankheit in den schriftlichen Examina gestellt.

In den nächsten Jahren ist mit zunehmenden Erkrankungszahlen zu rechnen; deshalb muß heute schon die Fort- und Weiterbildung der Ärzte auf diesem Gebiet intensiviert werden. Derzeit ist davon auszugehen, daß weniger als 5% aller Ärzte und weniger als 10% der Allgemeinärzte fundierte Grundkenntnisse über AIDS aufweisen. Der telefonische Konsiliardienst an Gesundheitsämtern oder Schwerpunktkliniken kann diese Lücke, selbst wenn er von qualifizierten Ärzten betrieben wird, nur teilweise schließen.

Zur ärztlichen Fort- und Weiterbildung dienen vor allem die Standesorgane, medizinische Fachzeitschriften und Lehrbücher. Auch für AIDS nimmt die

Bedeutung audiovisueller Medien wie Diaserien, Lehrfilmen oder Videokassetten zu.

Beispielhaft für die Bemühungen um ärztliche Fortbildung seien hier aufgeführt:

— Die Kassenärztliche Vereinigung in Hessen hat zur Sicherstellung der Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken ein „Fortbildungs- und Begleitprogramm für niedergelassene Ärzte" entwikkelt. Dazu werden, in meist wöchentlichem Abstand, Seminare in allen ärztlichen Kreisvereinen durchgeführt. In Ergänzung hierzu wurde an vier Nachmittagen in der Woche ein ärztlicher telefonischer AIDS-Konsiliardienst für niedergelassene Ärzte angeboten, der jedoch Anfang 1990 ausgelaufen ist.

— In Berlin, Frankfurt und Aachen haben sich Ärzte, die häufig HIV-Infizierte und AIDS-Kranke behandeln, in „Arbeitskreisen" zusammengeschlossen, die eigene Weiterbildungsveranstaltungen organisieren und gleichzeitig für die reibungslose Koordination der Versorgung der Betroffenen sorgen.

5.2 Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals

Die derzeitige Ausbildung des Krankenpflegepersonals ist eine ausreichende Grundlage für die Pflege von AIDS-Patienten. Die Pflege dieser Patienten entspricht der Pflege von Patienten mit schweren Infektionskrankheiten und von Patienten mit tödlicher Prognose (z. B. junge Tumorpatienten).

5.3 Schulung von Laienhelfern

Alle im Umfeld von AIDS Tätigen sind erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt. Kenntnisse über Infektionswege, Prävention, Krankheitsablauf und Therapie helfen den medizinischen Laien, mit eigenen und Ängsten der Klienten umzugehen. Die AIDS-Hilfen bemühen sich deshalb mit umfangreichen Fortbildungsangeboten um eine entsprechende Schulung ihrer Mitarbeiter. Die Fortbildung der Mitarbeiter ist sonst nicht überall gewährleistet.

II. Auswertungen

6.1 Strukturelle Probleme der Versorgung

Die ambulante und stationäre Versorgung AIDS-kranker Personen erfordert einen Mehrbedarf an Sachmitteln wie Spezialgeräte, Infusionen usw., aber vor allem einen Mehrbedarf an Betreuungs- und Versorgungspersonal, welches speziell aus- und fortgebildet werden muß.

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege, Betreuung und Behandlung treten mit wachsenden Krankenzahlen zunehmend Kapazitätsprobleme auf. Die beteiligten Einrichtungen und Personen bewegen sich schon jetzt oft jenseits des Zumutbaren.

Es fehlt bisher an Kapazitätsplanungen und Kapazitätsbereitstellungen, die sich an den zumindest grob prognostizierbaren Krankenzahlen orientieren.

Die ersten Ergebnisse aus den Modellprojekten lassen erwarten, daß die Vernetzung ambulanter und stationärer Betreuung und Versorgung von AIDS-Kranken und die Kooperation der verschiedenen Disziplinen auf dem medizinischen und psychosozialen Sektor für die Zukunft eine optimale Versorgung gewährleisten.

Nach Einschätzung der Modellmitarbeiter kann die Versorgung weitgehend ambulant geleistet und die stationäre Versorgung durch Schwerpunktkliniken auf ein Minimum beschränkt werden. Dieses Konzept macht es möglich, daß der Großteil von Pflege und medizinischer Betreuung im Interesse der Patienten zu Hause durchgeführt werden kann.

Die ambulante Betreuung durch niedergelassene Ärzte, Sozialstationen und Selbsthilfegruppen wird deshalb immer mehr an Bedeutung gewinnen. Die Vernetzung der traditionellen Wohlfahrtsverbände und der AIDS-Selbsthilfeorganisationen ist aber bisher noch nicht ausreichend gelungen. Probleme ergeben sich auch bei der langfristigen Sicherung der Projekte über die Modellphase hinaus. Die finanzielle Misere macht allen Modellprojekten zu schaffen.

Die an sich mögliche und auch gewünschte ambulante Pflege scheitert zum Teil an den Wohnungsproblemen der AIDS-Kranken. Auch fehlen für Kranke, die ihren Alltag nicht mehr eigenständig bewältigen können, professionell betreute Wohngemeinschaften. Oft kommt es zu überflüssigen Noteinweisungen in die Klinik, weil die Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht ausreichend auf AIDS vorbereitet sind.

Da mit zunehmender Erfahrung mit AIDS immer mehr Patienten immer länger ambulant behandelt werden können, ist eine starre Bettenbedarfsplanung mit 5- bis 10-Jahresprogramm nicht sinnvoll. Darüber hinaus besteht die Gefahr, daß bei ausschließlicher Planung des Bettenbedarfs der dringend notwendige Ausbau der ambulanten Dienste vernachlässigt wird, obwohl er — auch aus Kostengründen — besonders wichtig ist und mit dazu beitragen könnte, die Entstehung eines „Bettenberges" zu verhindern. Eine adäquate und kostengünstige Versorgung läßt sich durch flexible Handhabung der Bettenzahl mit kurzfristiger Anpassung am besten erreichen.

Im Rahmen der Bemühung um eine bessere Pflege wird die Schaffung von Hospizen als Sonderform einer

ärztlich geleiteten Pflegeeinrichtung erwogen. Das Für und Wider ist jedoch noch nicht ausdiskutiert.

6.1.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Pflege ist außerhalb der Großstädte schwer sicherzustellen. Die Modelle der Bundesregierung decken die hohen Kilometergelder nicht voll ab. Die Betreuung durch Sozialstationen in ländlichen Gegenden scheitert oft daran, daß Mitarbeiter Angst haben, sich zu infizieren oder andere Patienten zu verlieren. Es ist deshalb wichtig, für die Betreuung und Versorgung von AIDS-Kranken im ländlichen Raum geschultes Personal einzusetzen, das mithilft, Ängste und Vorurteile bei dem ansässigen Pflegepersonal und im sozialen Umfeld abzubauen.

Hämophile AIDS-Kranke lassen sich aus Angst vor dem Bekanntwerden ihrer Erkrankung nur ungern von Ärzten vor Ort behandeln. Hinzu kommt, daß Ärzte in kleineren Orten zuweilen befürchten, Patienten zu verlieren, wenn bekannt wird, daß sie AIDS-Patienten behandeln. Deshalb war es bisher nicht möglich, die Versorgung der hämophilen AIDS-Kranken dezentral zu organisieren.

6.1.2 Stationäre Versorgung

Im stationären Bereich fehlt es durchgehend an Stellen für Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Sozialarbeiter. Auch die räumlichen Möglichkeiten sind, besonders in den Ballungszentren, in der Regel beengt. Exemplarisch für den Stellenmangel ist die Tatsache, daß der Bettenschlüssel (wieviel Patienten pro Pflegekraft) seit 20 Jahren nicht verändert wurde. Die Attraktivität der Pflegeberufe müßte hinsichtlich Einkommen, Status und Arbeitsorganisation deutlich angehoben werden. Derzeit können sogar die vorhandenen Stellen oft nicht besetzt werden.

Für AIDS-Kranke ist die Nähe einer vertrauten Person besonders wichtig. Deshalb handhaben die Krankenhäuser die Besuchszeiten für Angehörige und Freunde möglichst flexibel. Auch gehen immer mehr Krankenhäuser dazu über, auf Wunsch der Patienten die Anwesenheit vertrauter Personen auch durch das sogenannte Rooming in zu gestatten. Das scheitert aber oft an der zu geringen Zahl von Einzelzimmern.

Eine Trennung von akut kranken Patienten, bei denen aufwendige diagnostische oder schwierige therapeutische Maßnahmen im Vordergrund stehen, und Patienten, die in erster Linie Beistand und Pflege benötigen, ist im Hinblick auf Finanzierung, Struktur und personelle Ausstattung der Krankenanstalten anzustreben. Patienten, die dauernd pflegebedürftig sind, ohne daß eine weitere Behandlung in Frage kommt (z. B. Enzephalopathiepatienten), überfordern die Kapazität der Krankenhäuser der Maximalversorgung. Patienten mit therapeutisch einfachereren Manifestationen, wie z. B. Zoster, können auch in Krankenhäusern der Regelversorgung behandelt werden. Es muß aber immer gewährleistet sein, daß der notwendige Sachverstand in den Krankenhäusern auch vorhanden ist.

Eine enge Zusammenarbeit der Krankenanstalten aller Versorgungsstufen verbessert den Austausch von Wissen und Erfahrung und dient damit einer optimalen Versorgung der Patienten.

Ein integriertes Versorgungsmodell, das ambulante mit stationärer Versorgung verzahnt und professionelle Kompetenz mit Betroffenenkompetenz (Selbsthilfegruppen) verbindet, hängt wesentlich von der Motivation der Verwaltungsleitung, der Pflegedienstleitung und der Ärzte einer Klinik ab, die nicht in allen Fällen gegeben ist.

6.2 Spezifische Probleme der Berufsgruppen

Die medizinische und psychosoziale Arbeit mit AIDS-Kranken erfordert vom betreuenden und versorgenden Personal hohen persönlichen Einsatz.

Die Zuwendung und der Beistand für die Patienten, aber auch die dafür notwendige eigene Auseinandersetzung mit den vielfältigen Problemen der Krankheit wie Sterben und Tod sowie der eigenen Einstellung zu Sexualität und Drogengebrauch führen zu erheblichen Belastungen. Allgemein wird deshalb die Notwendigkeit von Gesprächs- bzw. Supervisionsgruppen betont, die eine adäquate Stabilisierung der Mitarbeiter gewährleisten und so den Umgang mit den Erkrankten auf Dauer ermöglichen. Einhellig wird für die Ausweitung der Personalkapazität im Pflegebereich plädiert.

6.2.1 Ärzte

Ärzte können die Beschwerden der AIDS-Kranken nur lindern, die Krankheit aber nicht heilen. Das kann zu Gefühlen der Hilflosigkeit führen. Darüber hinaus müssen sich die Ärzte bei AIDS-Kranken mit Tabuthemen wie Drogenabhängigkeit und Homosexualität auseinandersetzen, über die sie in ihrer Ausbildung kaum oder gar nichts gehört haben.

Neben einer kleinen Zahl von sehr gut informierten Ärzten in den größeren Städten gibt es immer noch eine große Anzahl von sehr wenig informierten Ärzten. Die mangelnde Information kann bei Ärzten zu therapeutischem Nihilismus führen, manchmal auch zur Polypragmasie.

Es kommt heute kaum mehr vor, daß Ärzte oder Zahnärzte die Behandlung von Patienten ablehnen, die HIV-infiziert oder AIDS-krank sind; wenn überhaupt, geschieht das nur noch durch unzureichend informierte.

Die optimale ärztliche Versorgung beruht auf folgenden Voraussetzungen:

- medizinische Kompetenz,
- strikte Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht,
- Bereitschaft, sich mit den Lebensweisen der Betroffenengruppen vertraut zu machen,

- Klientenakzeptanz (in beiden Richtungen: Akzeptanz des Arztes durch den Klienten, Akzeptanz des Klienten durch den Arzt) sowie
- Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit einschließlich der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und -organisationen.

Die Tatsache, daß die Substitution von Drogenabhängigen immer noch verboten ist bzw. nur am Rande der Legalität geschehen kann, bringt gerade niedergelassene Ärzte in schwere Konflikte: Geben sie der Forderung der Patienten nach einer Ersatzdroge nach, machen sie sich potentiell strafbar, schicken sie den Patienten weg, müssen sie in Kauf nehmen, daß dieser zu einem Arzt geht, der ihn zwar substituiert, aber nichts von der Behandlung von AIDS-Kranken versteht. Ärzte, die, ebenfalls am Rande der Legalität, stationär substituieren, entlassen ihre drogenabhängigen AIDS-Patienten mit dem belastenden Wissen, daß ambulant die Substitution nicht fortgesetzt wird und die Patienten „in ein Loch fallen".

6.2.2 Pflegekräfte

Die Bezahlung des Pflegepersonals im stationären Bereich ist insgesamt sehr schlecht. Darüber hinaus wird die Funktionsschwester besser bezahlt als die Pflegekraft auf der Station. Neben der schlechten Bezahlung führt auch eine allgemeine Berufsunzufriedenheit zum Abwandern guter Pflegekräfte auch von AIDS-Stationen. Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, sollten Berufsbild und Status der Krankenschwester und des Krankenpflegers in der Öffentlichkeit aufgewertet und durch Anhebung der Gehälter eine leistungsbezogene Bezahlung erreicht werden.

Das Pflegepersonal leidet infolge der aufwendigen Pflege und dem Bedürfnis der Patienten nach emotionaler Zuwendung vor allem unter dem durch die Stellenknappheit bedingten Zeitmangel. Zusätzlich wirkt sich belastend aus, daß es sich meist um sterbende, gleichaltrige Patienten handelt. Hinzu kommt, daß die Pflegekräfte auf die besondere Belastung und die besondere Thematik (Drogen, Homosexualität usw.) meist nicht genügend vorbereitet sind. Manche ertragen deshalb die Arbeitssituation nicht und verlassen die Station noch vor Ende der Probezeit.

Im ambulanten Pflegebereich steht meist die psychosoziale Betreuung der Patienten im Vordergrund, für die die Schwestern und die Pfleger ebenfalls nur unzureichend ausgebildet sind. Das kann zur Überforderung führen, die sich in unterschiedlichen Formen (vom extremen Helfersyndrom bis hin zur totalen Ablehnung der Patienten) äußern kann. Fortbildung und Supervision gibt es nur wenig, und wo es sie gibt, kann sie oft aus zeitlichen Gründen nicht wahrgenommen werden.

Im ambulanten Bereich kann die Akzeptanz durch Einbeziehung von Pflegern aus den Hauptbetroffenengruppen erhöht werden, wie Modellprojekte zeigen. Allerdings haben die Selbsthilfeorganisationen häufig zu wenig Stellen für solche Pflegekräfte.

In Kliniken, in denen drogenabhängige AIDS-Kranke nicht substituiert werden, fühlt sich das Pflegepersonal oft mit dem Problem alleingelassen, da sie — vor allem nachts — die Entzugssymptomatik der Patienten auffangen bzw. deren Druck, Ersatzmittel zu erhalten, standhalten müssen. Diese Situation führt zum Teil zu resignativem Zulassen von Drogenkonsum.

Die Erfahrung zeigt, daß in einem integrierten Team, in dem auch ein Psychologe mitarbeitet, Pflegekräfte durchaus motiviert sind, AIDS-Kranke längerfristig zu pflegen.

6.3 Finanzierung der Versorgung

6.3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

Die AIDS-Schwerpunktpraxen haben erhebliche Probleme mit der Abrechnung, da sie durch die teuren Medikamente und die aufwendige Diagnostik finanziell aus dem Rahmen der Vergleichswerte ihrer Kollegen fallen und deshalb mit Regressen der Krankenkassen rechnen müssen. Sie ähneln insoweit den onkologischen Schwerpunktpraxen, sind ihnen aber bisher abrechnungstechnisch noch nicht gleichgestellt.

6.3.2 Pflegerische und hauspflegerische Versorgung

Die Kosten der häuslichen Krankenpflege können zwar über Festbeträge für Grund- und/oder Behandlungspflege bei den Krankenkassen geltend gemacht werden; diese Sätze decken aber nicht die tatsächlichen Pflegekosten. Die bisherige Krankenkassenregelung sieht pro Tag maximal 103,— DM für ambulante Pflege vor, womit nicht einmal ein Pfleger, schon gar nicht eine Rund-um-die-Uhr-Pflege eines sterbenden Patienten gesichert ist. Die hauspflegerischen Leistungen werden von den Krankenkassen nur zum Teil, und die sozialpflegerischen Leistungen überhaupt nicht übernommen. Auch die Sachkosten und in ländlichen Gebieten zusätzlichen Kilometergelder sind wesentlich höher als die Erstattungen. Die nicht abgedeckten Kosten müssen, soweit sie nicht über das Modellprogramm des BMFJJG finanziert werden, aus dem allgemeinen Etat der Träger der Sozialstationen und der Selbsthilfegruppen bestritten werden. Die zukünftige Finanzierung der ambulanten Pflege nach Ende der Modellprojekte ist derzeit völlig ungeklärt. Darüber hinaus wird sich das Problem stellen, daß die sehr sinnvolle Kontaktaufnahme der Sozialstationen zum Patienten schon auf der Station, die gegenwärtig noch von den Modellprojekten finanziert wird, von den Krankenkassen nicht getragen wird.

Die für viele Patienten noch vor der Krankenpflege erforderliche Hauspflege wird auch durch die Modellprojekte nicht abgesichert.

6.3.3 Psychologische Versorgung

Während im stationären Bereich vereinzelt, wenn auch insgesamt viel zu wenige, Stellen für klinische Psychologen geschaffen wurden, ist die Situation der ambulanten psychologischen Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen völlig unbefriedigend, da

die Einzelabrechnung bei der Krankenkasse meist nicht möglich ist. Dies gilt sowohl für die psychologische Betreuung der Patienten in den Arztpraxen als auch für Hausbesuche im Rahmen der Arbeit der Sozialstation.

6.3.4 Sozialarbeiterische Versorgung

Sozialarbeiter fehlen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Dieses Defizit kann nur zum Teil durch entsprechend geschulte Mitarbeiter von Selbsthilfeorganisationen ausgeglichen werden.

6.4 Fort- und Weiterbildung

Für eine ganzheitlich ausgerichtete Versorgung ist es notwendig, daß alle Beteiligten die dafür erforderliche fachliche und psychosoziale Kompetenz besitzen bzw. erwerben. Voraussetzung hierfür ist neben einer guten Ausbildung die gleichberechtigte Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und die fortlaufende Qualifikation im Arbeitsprozeß.

Um die notwendige ambulante Versorgung sicherzustellen, gilt es vorrangig, die Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen weiter zu entwickeln. Niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste können sich dort über die neuesten Erkenntnisse über die HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung austauschen. Inhalte dieser Fortbildungsveranstaltungen sind, neben der Schulung in der Anwendung, die Vermittlung neuer medizinischer Erkenntnisse und die Einführung in psychologische Beratungs- und Gesprächstechniken.

Wichtig ist auch ein telefonischer Konsiliardienst. Er wird zur Klärung von medizinischen, psychologischen, organisatorischen und juristischen Fragestellungen immer wieder herangezogen.

6.4.1 Integrierte Fort- und Weiterbildung

Nur an wenigen Orten ist es gelungen, eine integrierte Fortbildung für alle an der ambulanten und stationären Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Angehörige verschiedener Einrichtungen (von Ärzten über Pflegekräfte, psychosoziale Helferberufe bis hin zu Selbsthilfegruppen) zu organisieren.

6.4.2 Fort- und Weiterbildung für Ärzte

Die ärztliche Fortbildung findet in unterschiedlicher Weise statt: Von manchen anerkannten Behandlungszentren wird Ärzten von außerhalb mit weniger Erfahrung Fortbildung in Form von regulärer Mitarbeit (Hospitation) über längere oder kürzere Zeit (10 Tage bis 3 Monate) angeboten. Andere Behandlungszentren haben interdisziplinäre Visiten eingerichtet. An einigen wenigen Orten haben sich ambulant und stationär arbeitende Ärzte zu interdisziplinären Arbeitskreisen zusammengeschlossen.

Supervision ist für Ärzte wichtig, um mit den Problemen und Konflikten der AIDS-Kranken besser umgehen und mit Phänomenen wie Ausgebranntsein und Überforderung besser fertig zu werden. Selbst wenn es solche Angebote gibt, ist eine Teilnahme oft nicht möglich, wenn auf der Station oder in der Praxis zu viel zu tun ist; dahinter kann aber auch die Abwehr der eigenen Probleme stecken.

Das Fortbildungsangebot der Ärztekammern ist sowohl im medizinischen als im psychosozialen Bereich unzureichend. Gebraucht werden Diskussionen über konkrete Probleme wie Einzelfallvorstellungen sowie die Auseinandersetzung mit Tabuthemen wie Drogengebrauch und Homosexualität.

6.4.3 Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte

Für die Pflegkräfte sind gezielte Informationsveranstaltungen wichtig, da ein Abbruch der Pflege oftmals mit der Angst vor Ansteckung begründet wird.

Das Pflegepersonal hat wenig von einmaligen Großveranstaltungen, wie sie bisher stattgefunden haben. Gebraucht wird Fortbildung in kleinen Kreisen, und zwar regelmäßig und kontinuierlich. Fortbildung findet oft zu Zeiten statt, in denen die Pflegekräfte keine Zeit haben. Häufig müssen sie Sonderurlaub für die Fortbildung beantragen, der nicht immer ohne Auflagen gewährt wird.

Auch im ambulanten Bereich findet für das Pflegepersonal aufgrund des Personalnotstandes häufig keine Fortbildung statt, weil die Pflege immer Vorrang hat. Nur an wenigen Orten wird als Modellprojekt der Bundesregierung eine integrierte Fortbildung für ambulantes Pflegepersonal angeboten: Ein integriertes Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pfleger) bildet vor Ort in den kleinen Einheiten (Sozialstationen, Krankenpflegeschulen usw.) in ganzheitlicher Versorgung aus.

Supervision und Gesprächsgruppen werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich dringend benötigt, um mit den psychischen Belastungen und den besonderen Anforderungen der Arbeit besser umgehen zu können. Pflegekräfte brauchen solche professionelle psychologische Hilfe nicht zuletzt auch deshalb, weil nicht wenige in ihrem Bekanntenkreis die Erfahrung machen, gemieden zu werden, sobald sie von ihrer Arbeit mit AIDS-Kranken berichten. Dies geht manchmal so weit, daß sie von ihren Lebenspartnern vor die Alternative zwischen der Fortführung der Beziehung oder der Fortführung ihrer Arbeit gestellt werden.

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich fehlen klare Fort- und Weiterbildungsregelungen. Deshalb werden selbst tariflichch und gesetzlich geregelte Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

teilweise nicht wahrgenommen, zum Teil aus Überlastung, nicht selten aber auch wegen des Widerstands der Klinikleitungen und der Träger von Sozialstationen. Diese betrachten die Fortbildung häufig noch als ein persönliches Entgegenkommen den Mitarbeitern gegenüber und finanzieren deshalb keine Ausfallzeiten für Fortbildung.

6.4.4 Fort- und Weiterbildung für Sozialarbeiter

Das Defizit liegt hier vor allem in der mangelnden Fortbildung der Mitarbeiter an den Sozialämtern hinsichtlich der mit AIDS zusammenhängenden psychosozialen Fragen, die ihnen helfen könnte, mit den Problemen der Patienten adäquater umzugehen.

III. Empfehlungen

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen, auf die Länder hinzuwirken sowie entsprechende Anregungen an die betreffenden Organisationen, Institutionen und Verbände weiterzuleiten:

1. die medizinische, psychologische und soziale Betreuung über die Modelle hinaus zu einem integrierten, interdisziplinären Angebot weiterzuentwickeln;

2. Konzepte zur Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten und ihre Verwirklichung zu fördern;

3. Kapazitätsplanungen zu erstellen, die sich an den zumindest grob prognostizierbaren Krankenzahlen orientieren;

4. die Finanzierung der ambulanten Pflege von AIDS-Kranken nach Auslaufen der Modellprojekte der Bundesregierung sicherzustellen und die ambulanten Dienste so auszubauen, daß die ambulante Pflege auch außerhalb von Großstädten gewährleistet ist;

5. im ländlichen Raum im Rahmen der ambulanten Pflege geschultes Personal einzusetzen, das mithilft, Ängste und Vorurteile bei dem ansässigen Pflegepersonal und im sozialen Umfeld abzubauen;

6. für an AIDS erkrankte Personen, die ihren Alltag nicht mehr eigenständig bewältigen können, in ausreichendem Umfang professionell betreute Wohngemeinschaften zu schaffen, einschließlich Wohngemeinschaften für drogenabhängige AIDS-Kranke;

7. im Bereich der ambulanten Versorgung die Arbeit der traditionellen Wohlfahrtsverbände und der Selbsthilfeorganisationen besser zu vernetzen sowie die Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen umfassend auf AIDS vorzubereiten;

8. die Bettenbedarfsplanung und den vordringlich notwendigen Ausbau der ambulanten Pflege in eine sinnvolle Relation zu setzen;

9. die AIDS-Schwerpunktpraxen bzw. AIDS-Ambulanzen abrechnungstechnisch den onkologischen Schwerpunktpraxen gleichzustellen;

10. die Bezahlung des mit der Versorgung von AIDS-Kranken betreuten Pflegepersonals der Bezahlung des Funktionspersonals anzugleichen;

11. im Bereich der stationären Versorgung von AIDS-Kranken für eine angemessene Ausweitung der Stellen für Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Sozialarbeiter, insbesondere in Ballungszentren, Sorge zu tragen;

12. Abrechungsmöglichkeiten für die ambulante psychologische Betreuung von AIDS-Kranken und ihrer Angehörigen zu schaffen;

13. die Stellen für Sozialarbeiter auch im Bereich der ambulanten Pflege von AIDS-Kranken angemessen auszuweiten;

14. in die Ausbildung von Ärzten Themen wie Drogenabhängigkeit und Homosexualität einzubeziehen und ihnen Handlungskompetenz für die Substitution von HIV-infizierten und AIDS-kranken Drogenabhängigen zu vermitteln, denen mit herkömmlichen Therapien nicht geholfen werden kann;

15. den Pflegkräften Kompetenz zur psychosozialen Betreuung der AIDS-Kranken zu vermitteln und ihnen dazu auch Themen wie Drogenabhängigkeit und Homosexualität nahezubringen;

16. für alle beteiligten Berufs- und Helfergruppen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu schaffen und in diesem Rahmen

    - interdisziplinäre Fortbildungskreise für Ärzte, in denen medizinische und psychosoziale Fragen von ambulant und stationär tätigen Ärzten gemeinsam behandelt werden, in größerem Umfang als bisher geschehen zu schaffen sowie

    - für das Pflegepersonal im stationären und ambulanten Bereich Fortbildungsmöglichkeiten in kleinen Gesprächskreisen einzurichten;

17. für die in der ambulanten und stationären Versorgung von AIDS-Kranken eingesetzten Ärzte und Pflegekräfte Gesprächs-, Supervisions- und Balintgruppen anzubieten;

18. für die in den Sozialämtern tätigen Mitarbeiter die Möglichkeit der Fortbildung über die mit AIDS zusammenhängenden psychosozialen Fragen zu schaffen;

19. dafür zu sorgen, daß Fortbildung und Supervision während der Arbeitszeit oder mit der Möglichkeit der Anrechnung auf die Arbeitszeit möglich sind.

Minderheitenvotum zum 4. Kapitel „AIDS bei Kindern"

Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Abg. Voigt (CDU/CSU) und Zöllner zu III.4.9.14, Seite 110:

Diesem Punkt kann nicht zugestimmt werden, weil er in dieser Einseitigkeit das Kindeswohl nicht berücksichtigt und den Sinn der Formulierung in II.4.8.7 gravierend verändert.

Minderheitenvoten zum 5. Kapitel „Zielgruppenspezifische Prävention"

Unterabschnitt 2: AIDS-Prävention bei der Bundeswehr und im Zivildienst

Abg. Eimer (FDP), Abg. Geis (CDU/CSU), Spann und Stille zu Punkt III.5.2.6.4, Seite 126:

Wir halten diese Untersuchung für überflüssig, weil selbstverständlich die Zahl von falschen Ergebnissen absolut bei steigender Testzahl steigt; die Genauigkeit des Tests für das Individuum ändert sich aber nicht.

Unterabschnitt 5: Prävention in Justizvollzugsanstalten und Strafvollzugsrecht

Abg. Geis (CDU/CSU) zu I.5.5.2.5, Seite 146, zu II.5.5.6.5, zweiter Spiegelstrich, Seite 152 und zu III.5.5.7.7, zweiter Spiegelstrich, Seite 154:

Die Ausführungen in der Bestandsaufnahme unter 5.5.2.5. im zweiten Absatz erwecken den Eindruck, daß Drogenmißbrauch zumindest in allen Justizvollzugsanstalten mit einem hohen Anteil an drogengefährdeten Gefangenen üblich sei und daß dort Rauschmittel ungehindert und allgemein zur Verfügung stünden. Das mag für einige Justizvollzugsanstalten in einzelnen Ländern zutreffen. Die Anhörung hat aber keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß dies für alle oder die meisten Justizvollzugsanstalten auch in den anderen Bundesländern gilt. Im übrigen werden a. a. O. im dritten Absatz nur Sachverständige der Anhörung erwähnt, die sich für die Möglichkeit der Gefangenen, sich sterile Einmalspritzen zu beschaffen, ausgesprochen haben. Es wird nicht erwähnt, daß sich andere Vertreter aus der Praxis — beispielsweise der Anstaltsarzt der Justizvollzugsanstalt Nürnberg oder der Leiter der Justizvollzugsanstalt München — schon deshalb gegen eine solche Möglichkeit ausgesprochen haben, weil die dargestellte Situation zum Drogenmißbrauch jedenfalls in ihren Justizvollzugsanstalten nicht zutrifft.

Deshalb und darüber hinaus aus rechtlichen Gründen sowie aus vollzuglichen Gründen wird in der Auswertung unter 5.5.6.5 im zweiten Spiegelstrich und in den Empfehlungen unter 5.5.7.7 im zweiten Spiegelstrich erhobenen Forderung, daß die Gefangenen sich sterile Einmalspritzen sollen beschaffen können, nachdrücklich widersprochen. Mit einer solchen Praxis würde zwangsläufig der Eindruck erweckt, daß der intravenöse Drogenmißbrauch von den Vollzugsbehörden zumindest gebilligt oder gar gefördert werde. Dies wäre ein sehr erheblicher zusätzlicher Anreiz, sich Rauschmittel in den Justizvollzugsanstalten zu beschaffen. Die Hemmschwelle bei den Gefangenen für den intravenösen Drogenmißbrauch würde zumindest sehr stark herabgesetzt werden. Daher erscheint § 23 Abs. 1 Nr. 10 BtMG durchaus einschlägig.

Abg. Geis (CDU/CSU) zu II.5.5.6.5, dritter Spiegelstrich, Seite 152 und zu III.5.5.7.7, fünfter Spiegelstrich, Seite 154:

In der Auswertung unter 5.5.6.5 im dritten Spiegelstrich wird den Justizvollzugsanstalten empfohlen, eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG auch zuzulassen, wenn sich Verurteilte wegen ihrer Abhängigkeit in einer Substitutionsbehandlung befinden oder zusagen, sich einer solchen zu unterziehen und deren Beginn gewährleistet ist. Zunächst obliegt jedoch die Entscheidung über die Zurückstellung der Strafvollstreckung nach § 35 BtMG nicht der Justizvollzugsanstalt, sondern der Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges. Im übrigen ist die auch in den Empfehlungen unter 5.5.7.7 im fünften Spiegelstrich empfohlene Ausweitung der Zurückstellung der Strafvollstreckung abzulehnen. Die Durchführung einer Sub-

stitutionsbehandlung, die ohnehin nur in Einzelfällen in Betracht kommt, kann der Behandlung in einer staatlich anerkannten Entziehungseinrichtung nicht schematisch gleichgestellt werden.

Rosenbrock zu II.5.5.6.7, Seite 152:

Ergänzend ist einzufügen:

Da der HIV-Antikörpertest kein Mittel zur Primärprävention sein kann, wird eine forcierte Empfehlung des HIV-Antikörpertestes für den Strafvollzug abgelehnt. Statt dessen sollten die Präventionsanstrengungen durch eine qualifizierte Beratung und die Bereitstellung der Präventionsmittel verstärkt werden.

Abg. Geis (CDU/CSU) zu II.5.5.6.8, Seite 152:

Den in der Auswertung unter 5.5.6.8 aufgeführten Vorgaben für eine gesetzliche Regelung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes ist insoweit zu folgen, als die Durchbrechung des Arztgeheimnisses grundsätzlich Gegenstand einer Einzelfallentscheidung sein soll. Es gibt jedoch auch Situationen im Strafvollzug, in denen insoweit eine generelle Regelung unabdingbar ist. Auch hinsichtlich des Empfängerkreises von ärztlichen Mitteilungen und des Anbringens entsprechender Hinweise kann auf Generalklauseln nicht verzichtet werden. Dies ist bei einer gesetzlichen Regelung zu berücksichtigen.

Abg. Geis (CDU/CSU) zu II.5.5.6.11, Seite 153, und zu III.5.5.7.11, Seite 154:

In der Auswertung unter 5.5.6.11 und in den Empfehlungen unter 5.5.7.11 wird die Praxis kritisiert, Urlaub und Vollzugslockerungen bei HIV-Infizierten Gefangenen davon abhängig zu machen, daß die Gefangenen ihre Intimpartner von der Infektion unterrichten. Dieser Beurteilung schließe ich mich nicht an. Ich halte es für richtig, Dritte dadurch vor einer Ansteckung zu schützen. Dabei ist von entsprechender Bedeutung, daß auch bei „geschütztem" Sexualverkehr ein nicht unerhebliches Ansteckungsrisiko bleibt.

Unterabschnitt 6: Prävention und Tourismus

Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Blank (CDU/CSU), Abg. Eimer (FDP), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille und Zöllner zu III.5.6.3.1, Seite 162:

Den ungeschützt verkehrenden Sextouristen nach Rückkehr Bilanzteste sowie bis zur Klärung ihres HIV-Status die Benutzung von Kondomen zu empfehlen.

Sonder-/Minderheitenvoten zum 6. Kapitel „AIDS und Recht"

Unterabschnitt 1: Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft

Abg. Geis (CDU/CSU), dem sich Zöllner angeschlossen hat, zum gesamten Unterabschnitt 1, Seite 163ff.:

Die Kommissionsmehrheit kommt zwar in ihrem Fazit (siehe 6.1.2.5) zu dem Ergebnis, daß das Recht sehr wohl eine maßstabsbildende Funktion hat und daß die Notwendigkeit, bei Rechtsverstößen Sanktionen auszusprechen, grundsätzlich nicht verneint werden kann. Die Kommissionsmehrheit stellt aber entgegen diesem Fazit fest, daß im Bereich der Prävention gegen AIDS rechtliche Normen wirkungslos und die Androhung von Sanktionen sogar schädlich seien. Über weite Passagen enthält dieser Unterabschnitt Aussagen der Kommissionsmehrheit, die zum Teil falsch sind, zum Teil inkonsequent:

1. In der Einleitung wird beispielsweise festgestellt, daß mit Sexualität immer auch triebgesteuerte Tiefen-Schichten der Persönlichkeit berührt seien und daß man dieser Tatsache in der Rechts- und Gesundheitspolitik Rechnung tragen müsse. Das ist richtig. Es wäre aber falsch, daraus den Schluß zu ziehen, sich deshalb allein auf das Mittel der Aufklärung zu stützen, um Verhalten zu beeinflussen und Rechtsetzung und Sanktionen als untauglich abzutun. *Aufklärung und Rechtsetzung, verbunden mit Sanktionen, haben beide dasselbe Ziel.* Sie wollen beide bestimmte, für notwendig erachtete Verhaltensregeln, wie beispielsweise „Du sollst andere nicht mit HIV infizieren" dem Bürger begreiflich machen und wollen beide sein Verhalten dahin beeinflussen, solche Regeln zu beachten. Beide, Aufklärung und Rechtsetzung mit Sanktionen, appellieren damit an ein primär verstandesgesteuertes Verhalten. Dabei kommt der Rechtsetzung unter Umständen sogar noch deshalb die größere Bedeutung zu, weil für den Bürger darin die Wertentscheidung des Staates für oder gegen ein bestimmtes Verhalten in eindeutiger Weise zum Ausdruck kommt. Diese Wertentscheidung in ei-

nem Rechtssatz wird dann noch um so gewichtiger, wenn sie mit einer Sanktion gepaart ist.

Der Staat kann auf beides nicht verzichten, auf Rechtsetzung und auf Aufklärung. Durch beide Instrumente wird er zum Meinungsführer, der sehr wohl in der Gesellschaft Verhaltensregeln bestimmen kann, die im Kampf gegen AIDS von außerordentlicher Bedeutung sind.

Dagegen wird oft eingewendet, in den Risikogruppen seien Wertentscheidungen in Form der Rechtsetzung ohne Bedeutung. Die Mitglieder dieser Gruppierungen würden sich doch nicht nach Wertmaßstäben der Gesellschaft und des Staates richten. Für sie sei deshalb auch die Rechtsetzung nicht ein geeignetes Instrument, ihr Verhalten zu bestimmen. Ganz abgesehen davon, daß eine solche Behauptung durch nichts bewiesen ist, viel eher dürfte für die Mitglieder von Gruppen mit riskantem Verhalten zutreffen, was für alle Menschen zutrifft, daß sie ihr Verhalten in der Regel nach dem ausrichten, was Norm ist, — ganz abgesehen davon aber wäre es völlig falsch, daraus den Schluß zu ziehen, die Rechtsetzung sei deshalb überflüssig.

2. Die Kommissionsmehrheit will allerdings dem Recht nicht jegliche Wirkung absprechen. Jedoch vertritt sie die Auffassung, daß, wenn schon Recht gesetzt werden soll, dies nur unverbindliche Rahmenbedingungen sein dürften. Keinesfalls dürfe der Rechtssatz mit Sanktionen verbunden sein. Damit aber verkennt die Kommissionsmehrheit ein wichtiges Wesensmerkmal des Rechtes, das die Aufgabe hat, durch demokratische Willensbildung zustandegekommene Regeln einer Gesellschaft für ein friedliches Zusammenleben aufzustellen. Diese Regeln können aber nicht nur Geltung haben bei Sonnenschein, sie müssen erst recht und insbesondere im Konfliktfalle Wirkung entfalten können. Sonst wäre Recht nichts anderes als ein bloßer Appell, ein schön beschriebenes Stück Papier, wenn dahinter nicht die staatliche Macht stünde, die das Recht im Ernstfall auch durchsetzen kann.

Diese Verkennung der Funktion des Rechtes zeigt sich am deutlichsten in den Ausführungen der Kommissionsmehrheit unter 6.1.1.3. Die dort aufgestellte These, Kontrolle, verbunden mit Sanktionen, gefährde oder vereitele Aufklärungserfolge, trifft nicht zu. Im Umkehrschluß hieße dies nämlich, daß Rechtssätze ohne Kontrolle und Sanktionen von den Bürgern eingehalten würden, Rechtssätze mit Kontrolle und mit Sanktionen aber letztlich wirkungslos seien. Dieser Schluß aber widerspricht aller Lebenserfahrung. Die Notwendigkeit, dem Recht durch Sanktionen Geltung zu verschaffen, kann vernünftigerweise nicht bestritten werden. Bei aller unterschiedlicher Meinung über einzelne gesetzliche Regelungen besteht hierüber auch außerhalb der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages Einigkeit. Es dürfte, um nur ein Beispiel zu nennen, unbestritten sein, daß Verstöße gegen Bestimmungen zum Schutz der Umwelt in weiten Bereichen nicht allein mit Appellen an den guten Willen verhindert werden, sondern daß die Androhung von Sanktionen hinzutreten muß.

Deshalb kann auf die Strafandrohung der §§ 174 ff. StGB nicht verzichtet werden, um Straftaten zum Nachteil vor allem Schwächerer zu verhindern. Zu nennen sind hier insbesondere die §§ 176 (sexueller Mißbrauch von Kindern), 174—174 b (sexueller Mißbrauch von Schutzbefohlenen und Abhängigen), aber auch § 177 (Vergewaltigung) und § 178 (sexuelle Nötigung). Diese Strafandrohungen gerade in dem Intimbereich der Sexualität haben zweifellos eine präventive Wirkung. Dies wird deutlich in der Diskussion um die Strafbarkeit der Vergewaltigung in der Ehe. Die Strafbarkeit der Vergewaltigung in der Ehe wird gerade mit dem Argument betrieben, der Staat treffe auf diese Weise eine eindeutige Wertentscheidung und wecke somit in der Bevölkerung das Bewußtsein, daß Vergewaltigung in der Ehe eine kriminelle Tat und deshalb in höchstem Maße verwerflich ist. Die Befürworter der Strafbarkeit der Vergewaltigung in der Ehe erwarten also gerade von einer solchen strafrechtlichen Normierung eine präventive Wirkung.

Die Auffassung der Mehrheit der Kommission, die Rechtsetzung, verbunden mit Sanktionen, sei im Bereich der Bekämpfung von AIDS nicht nur wirkungslos, sondern sogar „kontraproduktiv", ist daher unbegreiflich und kann nur damit erklärt werden, daß es die Kommissionsmehrheit wohl als eine vordringliche Aufgabe angesehen hat, die Betroffenengruppen zu schützen, nicht aber zu schützen vor AIDS, sondern zu schützen gegen staatliche Eingriffe und damit letztlich zu schützen vor der Forderung nach normgerechtem Verhalten. Das widersprüchliche Verhalten der Mehrheit der Kommission wird insbesondere durch folgende Überlegung deutlich: Wollte man nämlich den Strafandrohungen der §§ 174 ff. StGB jegliche präventive Bedeutung absprechen, wie die Mehrheit behauptet, hieße dies, die Funktion des Strafrechtes ausschließlich auf die Sühne zu beschränken. Da kaum anzunehmen ist, daß die Vertreter der Kommissionsmehrheit Anhänger eines reinen Sühne- und Vergeltungsstrafrechtes sind, zeigt sich hier gerade daran, welche Inkonsequenzen die Mehrheit der Kommission in Kauf nimmt, um die Behauptung aufrechterhalten zu können, Rechtsetzung und Sanktionen seien in diesem Bereich im Sinne der Prävention „kontraproduktiv".

Neben der Sache liegen in diesem Zusammenhang die Ausführungen zur Strafbarkeit homosexueller Handlungen unter 6.1.2.3 des Mehrheitsberichtes. Dabei mag es durchaus zweifelhaft sein, ob das Verbot aller homosexuellen Handlungen die Homosexualität einschränken würde. Im Zusammenhang mit der AIDS-Prävention geht es jedoch gerade nicht darum, sondern es geht um die Frage, ob durch Rechtsetzung und Sanktionen dazu beigetragen werden kann, daß der Sexualpartner vor der todbringenden Schädigung seiner Gesundheit geschützt wird. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um homo- oder heterosexuellen Verkehr handelt. Diese Frage aber, ob durch Androhung von Sanktionen doch mancher Verbrecher gehindert wird, die Tat zu begehen, muß in jedem Fall

bejaht werden. Das Strafrecht ingesamt wäre sonst fragwürdig.

Es hat den Anschein, daß die Kommissionsmehrheit dort, wo es ihr paßt, sehr wohl die steuernde Wirkung des Rechtes und damit wohl auch die Androhung von Sanktionen anerkennt. Unter 6.1.1.1 wird der Schutz durch Rechtsetzung und Rechtsgarantie von Minderheiten oder Kranken auch gegen mehrheitliche Vorstellungen ausdrücklich als Ziel der Sozial- und Gesundheitspolitik herausgestellt. Insoweit sind schutzwürdige Interessen auch mit Strafandrohung zu sichern, so die Meinung der Kommission. Diese Schutzverpflichtung kann aber nicht nur gegenüber den Kranken oder den Risikogruppen gelten, sondern muß auch Geltung haben für die nicht infizierte Mehrheit der Bürger. Genauso wie der einzelne, der den Schutz von Minderheiten oder die Rechte von Kranken verletzt, unter Umständen zu bestrafen ist, genauso muß der einzelne Infizierte bestraft werden, wenn er sich gegenüber seinem Partner verantwortungslos verhält. Insoweit ist das Recht unteilbar.

3. Die Kommissionsmehrheit versucht in unglaublicher Weise die Notwendigkeit, Recht mit Sanktionen zu versehen, gegen die zweifellos ebenso notwendige Aufklärungsarbeit auszuspielen. Die Kommissionsmehrheit unterläßt keine Gelegenheit, die angebliche Gegensätzlichkeit von Recht und Sanktionen auf der einen Seite und Aufklärungsarbeit auf der anderen Seite zu propagieren. Dabei mißachtet die Mehrheit der Kommission ganz einfache Zusammenhänge. Sie tut so, als ob anerkannte Verhaltensregeln, wie sie in einem Rechtssatz zum Ausdruck kommen, nur deshalb nicht befolgt werden, weil ein Verstoß hiergegen mit Strafe bedroht ist. Ohne es zu merken, unterstellt die Kommission mehrheitlich, daß HIV-Infizierte, die ihre Infektion kennen, grundsätzlich nicht bereit seien, sich verantwortungsbewußt zu verhalten und ihre Partner deshalb nicht durch Kondome schützen, weil ungeschützter Geschlechtsverkehr strafbar sein könnte! Auch in diesem Verhalten der Kommissionsmehrheit wird deutlich, daß man außerstande war, aus bestimmten vorgefaßten Meinungen und Denkschablonen herauszukommen.

Nach unserem Verständnis muß man vielmehr davon ausgehen, daß HIV-infizierte Menschen sich zunächst einmal verantwortungsbewußt gegenüber ihren Mitmenschen verhalten. Es besteht keine Veranlassung, HIV-infizierten Menschen weniger Vertrauen auf ein verantwortungsbewußtes, das Leben ihrer Partner schützendes Verhalten entgegenzubringen als nicht infizierten Menschen. Davon ausgehend ist es selbstverständlich vertretbar, gegen diejenigen Sanktionen anzudrohen und zu verhängen, bei denen es an diesem Verantwortungsbewußtsein fehlt. Deshalb besteht auch entgegen der Auffassung der Kommissionsmehrheit kein Widerspruch zwischen Aufklärung und Rechtsetzung mit Sanktionen. Beide Elemente gehören vielmehr, richtig gesehen, zusammen. Sie stehen nicht in einem Gegensatz, sondern in einem Stufenverhältnis. Durch gezielte Aufklärung kann eine Verhaltensänderung gefördert und bei vielen, wenn nicht bei den meisten Menschen auch erreicht werden. Sanktionen müssen jedoch hinzutreten, wenn Aufklärung bei einzelnen keinen hinreichenden Erfolg hat und ihr Verhalten Dritte schädigt. Nur so macht der Staat deutlich, welchen Stellenwert er dem normgerechten Verhalten beimißt. Diese Ernsthaftigkeit und der Durchsetzungswillen des Staates haben natürlich ihre abschrekkende Wirkung gegen potentielle Täter. Selbstverständlich wird ein möglicher Täter sich die Tat überlegen, wenn er nach der Tat mit einem empfindlichen Übel rechnen muß. Die Androhung von Sanktionen hat deshalb eine präventive, eine steuernde Wirkung.

Unterabschnitt 2: Verfassungsrechtliche Vorgaben und Seuchenrecht

Gallwas, dem sich Abg. Becker (CDU/CSU), Abg. Geis (CDU/CSU), Spann und Zöllner angeschlossen haben, zum gesamten Unterabschnitt 2, Seite 169ff.:

1. Es ist in der Kommission nie ernstlich bestritten worden, daß die HIV-Infektion eine übertragbare Krankheit im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist. Daraus folgt nach § 31 Abs. 1 BSeuchG, daß in Fällen eines eindeutigen Übertragungsverdachts die erforderlichen Ermittlungen durch die Gesundheitsverwaltung anzustellen sind.

   Gesetzlich geboten ist insoweit

   - zunächst die Abklärung des Anfangsverdachts durch entsprechende Befragung bzw. Überprüfung des Betroffenen,
   - sodann, im Falle der Erhärtung des Anfangsverdachts, die Klärung, ob der Betroffene infiziert ist, und zwar auch durch einen HIV-Antikörpertest,
   - im Falle einer Infektion, der Versuch, die Ansteckungsquelle zu finden, also den Infizierten über diejenigen Personen zu befragen, bei denen er sich möglicherweise angesteckt hat.

Selbstverständlich haben die Gesundheitsbehörden bei dieser Tätigkeit in jedem Einzelfall die allgemeinen sicherheitsrechtlichen und verfassungsrechtlichen Grundsätze der Geeignetheit, der Erforderlichkeit und der Verhältnismäßigkeit zu beachten. Außerdem haben sie jeden Betroffenen jeweils situationsbezogen aufzuklären und zu beraten. Niemals dürfen sie gegen einen Betroffenen eine ungeeignete, nicht erforderliche oder unverhältnismäßige Maßnahme treffen.

Die allgemeine seuchenrechtliche Verpflichtung der Gesundheitsbehörden steht damit unter einem rechtlich klar umrissenen, allerdings ausschließlich einzelfallbezogenen Vorbehalt zugunsten des einzelnen.

Demgegenüber stellt die Kommissionsmehrheit durch ihre Empfehlungen III.6.2.9.1 und III.6.2.9.2 die allgemeine seuchenrechtliche Ermittlungspflicht unter einen vom Einzelfall absehenden allgemeinen Vorbehalt: In keinem Fall einer anzunehmenden oder gar nachgewiesenen HIV-Übertragung soll die gesetzliche Pflicht zur Ermittlung gelten!

Die Empfehlung III.6.2.9.1 ist noch dazu so unbestimmt, daß sich Inhalt und Ausmaß solcher Freizeichnung für die rechtsanwendende Verwaltung nicht mehr aus dem Gesetz entwickeln und eingrenzen lassen. Dies führt dazu, daß bei der HIV-Infektion die klare und eindeutige gesetzliche Ermittlungspflicht der Gesundheitsverwaltung unter einen nach allen Richtungen völlig vagen Interpretationsvorbehalt gerät, der das rechtsstaatliche Gebot der Normenklarheit auf das Gröbste mißachtet.

Die Kommissionsmehrheit schlägt damit einen Weg ein, bei dem die Gesundheitsverwaltung nicht mehr, wie es das Grundgesetz in seinem Artikel 20 Abs. 3 vorschreibt, an Gesetz und Recht gebunden ist. Sie nimmt es stattdessen ohne weiteres hin, daß eine durch Bundesgesetz begründete Rechtspflicht der Verwaltung zum Handeln aufgrund einer politischen Entscheidung der Bundesregierung und der Regierungen von zehn Ländern nicht eingehalten wird und bestärkt damit solche Irregularität.

Dieses Vorgehen halten die obengenannten Kommissionsmitglieder für evident verfassungswidrig, weil hier ein gültiges Parlamentsgesetz zur Disposition von Lenkungsentscheidungen der Exekutive gestellt und damit in beispielloser Weise gegen das rechtsstaatliche Gebot der Gewaltenteilung verstoßen wird.

2. Sie sind im übrigen der Ansicht, daß ein weitgehender oder gar völliger Verzicht auf eine gesundheitsbehördliche Ermittlungstätigkeit bei der HIV-Infektion dazu führt,

   — daß im Einzelfall bestehende präventive Möglichkeiten nicht genutzt werden,

   — daß man im Einzelfall womöglich leicht eingrenzbare Gefahrenherde nicht ausmacht,

   — daß man im Einzelfall womöglich ohne weiteres aufspürbare Infektionsketten nicht unterbricht

   — und dadurch im Einzelfall vermeidbare Infektionen nicht vermieden werden.

   Dies widerspricht in eklatanter Weise der sich aus Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG ergebenden und alle staatliche Gewalt verpflichtenden Verfassungsdirektive, Leben und körperliche Unversehrtheit jedes einzelnen im Rahmen des jeweils Möglichen zu schützen.

3. Ein sozialer Rechtsstaat wie der unsere hat für jeden zu sorgen, der aus welchen Gründen auch immer der Hilfe des Gemeinwesens bedarf, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können. Hilfsbedürftige müssen deshalb finanziell und institutionell unterstützt werden, und es ist soweit irgend möglich auf Abbau von Diskriminierung hinzuwirken. Jedoch darf ein sozialer Rechtsstaat um dieser Pflichten willen nicht davon absehen, im Rahmen seiner Rechtsstaatlichkeit alles zu tun, um jede im Einzelfall vermeidbare HIV-Infektion nach Kräften zu vermeiden.

   Den Empfehlungen der Kommissionsmehrheit liegt die Vorstellung zugrunde, die Gesundheitsverwaltung sei außerstande, den im Seuchenrecht angelegten Zielkonflikt zwischen der Vermeidung weiterer Infektionen und dem Schutz des jeweils Betroffenen angesichts der Besonderheiten der HIV-Infektion angemessen, also auch unter strikter Wahrung der Grundrechte der Betroffenen, zu lösen. Dies desavouiert sowohl die fachliche Kompetenz der nachgeordneten Gesundheitsbehörden in den Ländern wie die rechtsstaatliche Einbindung aller behördlichen Maßnahmen und nicht zuletzt die Wirksamkeit umfassender Kontrolle staatlichen Handelns unter anderem durch die Gerichte. Eine derartige Sicht richtet nach ihrem Dafürhalten beträchtlichen, nicht mehr hinnehmbaren verfassungspolitischen Schaden an.

4. Wenn die Mehrheit der Kommission dem Deutschen Bundestag eine Änderung des Bundesseuchengesetzes, etwa eine Einschränkung der Ermittlungspflicht, vorgeschlagen hätte, so hätten die obengenannten Kommissionsmitglieder dem aus den genannten Gründen nicht zugestimmt, aber sie hätten das Kapitel im ganzen mitgetragen. Die Mehrheit der Kommission hat sich indessen zu einer Empfehlung entschlossen, die in den Augen der obengenannten Kommissionsmitglieder eine verfassungswidrige Anmaßung der Politik darstellt.

5. Unter ausdrücklichem Hinweis auf die Teile der Auswertung, die von ihnen mitgetragen wurden, votieren sie *für* folgende Empfehlungen:

   III.6.2.9.4, Seite 189 (nicht von Spann und Zöllner getragen)

   III.6.2.9.8, Seite 190

   III.6.2.9.9, Seite 190 (nicht von Abg. Geis (CDU/CSU) getragen)

   III.6.2.9.10, Seite 190 (nicht von Spann und Zöllner getragen)

   III.6.2.9.11, Seite 190

   III.6.2.9.12, Seite 190.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.6.2.3.3.4, Seite 180:

Zur Methode des Unlinked testing:

Auf den Einsatz der Methode des Unlinked testing, also der Testung bei anderweitigen Untersuchungen angefallenden „Restblutes", sollte generell verzichtet werden. Angesichts der nicht auszuschließenden Möglichkeit der De-Anonymisierung verstößt die Arbeit mit Blut ohne das Wissen des Betroffenen gegen das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Dieses Grundrecht muß generell Vorrang vor dem Sammeln von Daten zur bloßen Wissensvermehrung haben.

Hinzu kommen massive ethische Probleme im Falle eines positiven Testergebnisses. Diese können einerseits eintreten, wenn eine Informierung des Betroffenen mangels De-Anonymisierungsmöglichkeit in seinem konkreten Fall nicht erfolgen kann. Noch problematischer ist die Situation, wenn ein Betroffener ermittelt werden kann und allein durch das Unlinked-testing-Verfahren erstmals von seinem Serostatus erfährt. Damit wird ihm sein Recht auf eigenständige Entscheidung für oder gegen den Test aus der Hand genommen.

Nicht alles, was der Forschung machbar und wünschenswert erscheint, darf auch zur Anwendung kommen. Da anscheinend in der Bundesrepublik Deutschland bereits mit dieser Methode gearbeitet wird, ist ein umgehendes gesetzliches Verbot des Unlinked testing erforderlich.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II.6.2.8.1, Seite 186:

Der Bedrohung durch AIDS kann nur mittels eines differenzierten Aufklärungs-, Beratungs- und Antidiskriminierungskonzepts begegnet werden, das die Stärkung selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Handelns zum Ziel hat. Den Einsatz seuchenpolizeilicher Instrumentarien von Ermittlungsmaßnahmen bis hin zu Zwangsmitteln lehnt die Fraktion DIE GRÜNEN grundsätzlich ab. Sie geht davon aus, daß umfassende Hilfestellung für Menschen mit HIV und/oder AIDS repressives staatliches Eingreifen überflüssig macht. Schon das Offenhalten der Möglichkeit, im „Einzelfall" zu seuchenrechtlichen Ermittlungs- und Zwangsmaßnahmen zu greifen, bedeutet für diejenigen, die sich als davon potentiell Betroffene fühlen müssen, ein Leben unter steter latenter Bedrohung. Auch bei einer auf ein Minimum beschränkten Anwendung der repressiven Möglichkeiten des Bundesseuchengesetzes wird das für erfolgversprechende Präventionsbemühungen unabdingbare Klima von Angstfreiheit beeinträchtigt. Ein expliziter Verzicht der Gesundheitsverwaltungen auf die Anwendung seuchenrechtlicher Ermittlungs- oder Zwangsmaßnahmen bei der HIV-Infektion würde dagegen eine (nicht nur) präventionspolitisch wichtige „vertrauensbildende Maßnahme" darstellen. Notfalls ist hierzu eine entsprechende klarstellende Gesetzesregelung durch den Deutschen Bundestag politisch erforderlich.

Insgesamt ist es zwar zu begrüßen, daß die meisten Gesundheitsverwaltungen der Länder mit dem Instrumentarium des Bundesseuchengesetzes zumindest zurückhaltend umgehen. Aber jedes Mehr an Repression bedeutet immer auch ein Weniger an Prävention.

Gleichzeitig bleibt es ein unerträglicher Zustand, daß im Freistaat Bayern der berüchtigte Maßnahmenkatalog und damit fragwürdige Ausführungsbestimmungen zum Bundesseuchengesetz wider aller Vernunft weiter bestehen, Menschen zu Zwangstests vorgeladen werden, Auflagen für die Lebensführung dulden müssen. Unerträglich ist auch der diskriminierende Druck, der damit auf die als „Risikogruppen" ausgemachten Prostituierten und Drogengebraucher/innen ausgeübt wird.

Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Zöllner zu III.6.2.9.1, Seite 189:

zusätzlich einfügen:
Auf die Gesundheitsverwaltungen der Länder einzuwirken, daß die präventiven Möglichkeiten, die in der seuchenrechtlichen Ermittlung von Infektionsquellen und Infektionsketten im Einzelfall liegen, genutzt werden.

Frau Becker, Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III.6.2.9.2 —
Alternative Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) —, Seite 189:

zusätzlich einfügen:
Es ist auf die Gesundheitsverwaltungen der Länder einzuwirken, bei AIDS bzw. der HIV-Infektion auf seuchenpolizeiliche Ermittlungsmaßnahmen und seuchenrechtliche Zwangsmaßnahmen grundsätzlich zu verzichten. Anderenfalls sind dazu entsprechende klarstellende Gesetzesregelungen oder zumindest bundeseinheitliche Verwaltungsvorschriften geboten.

Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III.6.2.9.2
— ***Alternative Rosenbrock*** —, Seite 189:

zusätzlich einfügen:
Gegenüber den Gesundheitsbehörden klarzustellen, daß ein HIV-Antikörpertest grundsätzlich nicht erzwungen werden darf. Ausnahmen dürfen nur in Fällen auftreten, wenn im Falle eines positiven Befundes bei der betroffenen Person weitere seuchenpolizeiliche Maßnahmen zu treffen sind, die sonst nicht getroffen werden können.

Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Zöllner zu III.6.2.9.3, Seite 189:

zusätzlich einfügen:
Das BSeuchG dahin zu ergänzen, daß die Gesundheitsverwaltung und die epidemiologische Forschung

die gesundheitspolitischen Daten über die Verbreitung und die Entwicklung der HIV-Infektion in der Bundesrepublik Deutschland erhält und im Rahmen bestimmter vom Gesetzgeber zu benennender gesundheitspolitischer Zwecke verarbeiten darf.

Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Zöllner zu III.6.2.9.5, Seite 190:

zusätzlich einfügen:
Für die Methode des Unlinked testing eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die für den Fall eines positiven Testergebnisses eine De-Anonymisierung sowie eine Mitteilung an den Betroffenen ermöglicht.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) und Frau Becker zu III.6.2.9.5/ 6.2.9.6, Seite 190:

Auf den Einsatz des Unlinked testing sollte angesichts der dabei massiv auftretenden ethischen und datenschutzrechtlichen Probleme generell verzichtet werden. Gegebenenfalls ist diese Methode durch eine gesetzliche Regelung zu untersagen.

Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Zöllner zu III.6.2.9.7, Seite 190:

Bis zur Entscheidung des Gesetzgebers an rechtmäßig gewonnenen Blutproben nach *faktisch* irreversibler Anonymisierung epidemiologische Untersuchungen zur Verbesserung der Datenlage über die Verbreitung der HIV-Infektion einzuleiten.

Gallwas, Abg. Geis (CDU/CSU), Spann, Stille und Zöllner zu III.6.2.9.7a, Seite 190:

zusätzlicher Unterpunkt:
§ 38 a BSeuchG dahin abzuändern, daß neben den Landesregierungen auch der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zum Erlaß von Schutzverordnungen ermächtigt wird. Auf dieser Grundlage sollte sodann eine allgemeine Kondompflicht für Freier eingeführt werden. Des weiteren ist der Anlaß von allgemeinen, die Rechtslage klarstellenden Verhaltensregelungen zur Vermeidung von HIV-Infektionen zu erwägen.

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock und Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III. 6.2.9.12, Seite 190:

Die Öffentlichkeit auch darüber aufzuklären, daß AIDS eine Krankheit ist, die ärztlicher Behandlung bedarf. Heilpraktiker sollen daher nur neben den behandelnden Ärzten aufgesucht werden. Behandelnde Heilpraktiker sollen sich gegebenenfalls vergewissern, daß ihre Patienten wegen der HIV-Infektion auch ärztlich betreut werden.

Unterabschnitt 3: Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs HIV-Infizierter

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.6.3.2, Seite 196f.:

Strafverfolgung von HIV-Positiven

Sinn und Grenzen des Strafrechtseinsatzes

1987 stellte sich das Münchner Amtsgericht (NStZ 1987, S. 407ff.) auf den Standpunkt, daß sich ein Mensch mit HIV dann strafbar macht, wenn er seinen Zustand kennt und, ohne seinen Sexualpartner darüber zu informieren, mit ihm ohne Kondom Geschlechtsverkehr hat. Innerhalb kurzer Zeit hat sich in diesem Bereich infektionsriskanten Verhaltens eine problematische „herrschende Meinung" in der Justiz herausgebildet, die nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 4. November 1988 nunmehr verfestigt erscheint.

Zu Recht ist diese Entwicklung von Teilen der Rechtswissenschaft, vor allem aber auch von im AIDS-Bereich tätigen Selbsthilfegruppen als Remoralisierung des Strafrechts, als bedenkliche Personifizierung der AIDS-Gefahr in ihren Opfern und als Rückschlag für die AIDS-Prävention kritisiert worden.

Die Fraktion DIE GRÜNEN lehnt grundsätzlich den Einsatz des Strafrechts beim Problemfeld der Übertragung von HIV ab. Die Rechtsprechung zum ungeschützten Geschlechtsverkehr bedeutet eine bedenkliche Fehlentwicklung. Mittels Überdehnung und Ausweitung von Rechtsbegriffen hat man den Grundsatz vom Strafrecht als ultima-ratio-Instrument verlassen. In der Entscheidung des Bundesgerichtshofes wurde der ansonsten in der Rechtsprechung akzeptierte und systematisch im Grundsatz verankerte Aspekt auf Würde und Gestaltungsfreiheit bis hin zur eigenverantwortlichen Selbstschädigung offensichtlich zugunsten fragwürdiger generalpräventiver Überlegungen hintenangestellt.

Die Kritik an den Kriminalisierungstendenzen stellt durchaus nicht das zu schützende Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit in Frage. Ebenso unstrittig ist die Geltung des moralischen Postulats, andere nicht wissentlich der Gefahr einer HIV-Infektion auszusetzen. Die Fraktion DIE GRÜNEN fragt vielmehr nach dem Sinn des Einsatzes strafrechtlicher Mittel, um das gesellschaftlich gewünschte Verhalten zu erzwingen, nach der Legitimation des Staates, in jene intime Lebensbereiche kontrollierend und sanktionie-

rend einzugreifen, und nach dem Realitätsbezug der Rechtsanwendung im Problemfeld der HIV-Übertragung. Realitätsbezug bei der Rechtsetzung und Rechtsanwendung heißt immer auch, daß nicht alles zum Einsatz kommen muß, was rechtlich möglich scheint, sondern zuvor auch nach der sozialen Verträglichkeit und den Folgewirkungen gefragt wird. Das Strafrecht kann nur das letzte Mittel der Politik sein. Wo das Strafrecht mit sozialpolitischen Maßnahmen konkurriert, sollte es zurücktreten. Der Versuch, moralisch und präventionspolitisch erwünschtes Verhalten von Menschen mit HIV mit Mitteln des Strafrechts durchzusetzen, verkennt die spezifische Problematik von Sexualität im Zeichen der HIV-Bedrohung.

Überdehnung der Rechtsbegriffe

Der Bundesgerichtshof hat ungeschützten Geschlechtsverkehr eines HIV-Positiven, der seinen Partner zuvor über seinen Zustand nicht informiert hatte, als gefährliche Körperverletzung (§ 223 a StGB) eingestuft. Unbeachtet soll hier die eigentümliche Auffassung der Bundesrichter über Safer sex bleiben. Schon die dort geschehene Gleichsetzung der sexuellen Handlung mit aggressiven Akten von der Qualität eines Messerstichs scheint bedenklich. Das Bild eines Messerstiches paßt nicht auf das Geschehen eines einvernehmlich ausgeführten Geschlechtsaktes, auch wenn dieser die Gefahr einer Infektion in sich birgt. Die Einstufung einer HIV-Übertragung als „eine das Leben gefährdende Behandlung" im Sinne des § 223 a StGB findet seine Ursache wohl darin, daß anders einschlägig Beschuldigten rechtlich kaum beizukommen ist. Aus der Tatsache, daß der HIV-Antikörpertest auf frische Infektionen nicht anspricht, und es regelmäßig unmöglich ist zu klären, bei wem sich ein HIV-Positiver angesteckt hat, können die Beschuldigten in der Regel nur wegen Versuchs belangt werden. Der Versuch ist aber nur strafbar, wenn es sich um eine „gefährliche" Körperverletzung handelt, nicht aber bei einfacher (§ 223 StGB) oder fahrlässiger Körperverletzung (§ 230 StGB). Für die Strafbarkeit bedarf es aber eines Vorsatzes.

Außer in den bislang Fiktion gebliebenen, aber lange Zeit eifrig als Horrorphantasie beschworenen, „Desperado"-Fällen, wo jemand aufgrund absichtlicher Übertragung von HIV wegen Vergiftung (§ 229 StGB) bestraft werden könnte, bliebe damit eine Strafrechtslücke. Diese hat die Rechtsprechung durch eine fragwürdige Überdehnung des Begriffs vom „bedingten Vorsatz" geschlossen, der bereits bei Wissen um die eigene Infektion und billigende Inkaufnahme einer Infektion des anderen gegeben sei. Unbeachtet bleiben Einwände, daß der Bundesgerichtshof in seiner Definition des bedingten Vorsatzes eine Risikoeinschätzung zum Vorsatz stilisiert habe.

In der Frage der strafrechtlichen Verantwortung hat der Bundesgerichtshof eine tatbestandsausschließende Wertung der Einwilligung des Partners in den ungeschützten Geschlechtsverkehr ausdrücklich abgelehnt. Aufgrund eines „überlegenen Sachwissens" des HIV-positiven Partners könne keine eigenverantwortliche Selbstschädigung des anderen Beteiligten vorliegen. Ohne die Information über den Serostatus könne dieser nicht die Reichweite seines Risikos einschätzen und sei damit zu einer eigenverantwortlichen Gefahrenabwägung nicht in der Lage. Dies soll selbst in Situationen gelten, wo mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine Gefährdung durch eine HIV-Infektion anzunehmen ist, z. B. bei anonymem Sex in einem Sexclub, beim Sexualverkehr mit einer drogengebrauchenden Prostituierten oder in einer Schwulensauna.

Die Rechtsprechung zeigt damit eine deutliche Diskrepanz zur Maxime der AIDS-Prävention, wonach ein wirkungsvoller Schutz nur durch die Selbstverantwortung des einzelnen geleistet werden kann. Angesichts der seit Jahren laufenden medialen, erzieherischen, regierungsamtlichen wie von Selbsthilfeorganisationen geleisteten Aufklärungsarbeit ist die Frage zu stellen, ob durch ein Verschweigen des Serostatus gegenüber dem Partner tatsächlich ein entscheidender Wissensvorsprung auf Seiten des HIV-positiven Beteiligten vorliegen kann. Dies ist sicherlich anzunehmen in Fällen, in denen eine Aufklärungspflicht aus besonderer Vertrauensbeziehung oder Garantenstellung zu bejahen ist. Dies gälte z. B. für einen langjährigen Beziehungspartner.

In klar erkennbaren Risikosituationen, wie sie bei den einschlägigen Fällen zumeist vorlagen, ist dagegen im Regelfall anzunehmen, daß ein Bewußtsein der dabei gegebenen Gefährdungen durch eine HIV-Infektion vorhanden ist. Grundsätzlich kann man argumentieren, daß beide Partner im gleichen Umfang am Geschehen beteiligt und damit auch im gleichen Umfang verantwortlich sind, wenn einvernehmlich risikobehaftete Sexualpraktiken ausgeübt werden. Welche Risiken die/der einzelne in Kauf zu nehmen bereit ist, wie hoch das Risiko im konkreten Fall eingeschätzt wird, muß dem Individuum überlassen bleiben. Wenn in Risikosituationen ungeschützter Verkehr nicht abgelehnt oder gar gewünscht wird, dann kann darin ein Akt bewußter Selbstgefährdung gesehen werden. Dieser Aspekt menschlicher Gestaltungsfreiheit ist aber vom Recht zu respektieren. Damit soll nicht gesagt werden, daß ein bewußter oder fahrlässiger Verzicht auf Schutzmaßnahmen unproblematisch sei; noch weniger gilt das in ethischer und moralischer Hinsicht für ein Verschweigen des Serostatus. Dieser intime Bereich einer gemeinsam zu tragenden Problematik entzieht sich aber unserer Ansicht nach strafrechtlichen Kategorien von Schuld und Sühne. Solchen Situationen kann nicht mit Strafandrohung, sondern nur durch Aufklärung und Motivation zu eigenverantwortlichem Handeln entgegengewirkt werden.

Die rasche Verfestigung der in der Literatur zum Teil heftig kritisierten Anwendung des § 223 a StGB auf das Problemfeld des ungeschützten Geschlechtsverkehrs läßt nach den Hintergründen fragen. Auffällig ist, daß in den bisher ergangenen Verurteilungen zumeist Haftstrafen von ein bis zwei Jahren ohne Bewährung verhängt wurden. Häufig wird die These vertreten, daß dahinter ein kriminalpolitisches Programm negativer Spezialprävention stehe, nämlich das der Absonderung oder „Sicherheitsverwahrung" sogenannter „Uneinsichtiger". Explizit beruft sich die Rechtsprechung aber auf ein generalpräventives Kon-

zept, nämlich die Durchsetzung des Gebots, andere nicht wissentlich der Gefahr einer HIV-Infektion auszusetzen, zu einem allgemeinen Verhaltensmaßstab. Nicht die Maxime, sondern die Durchsetzung mittels des Strafrechts hält die Fraktion DIE GRÜNEN für problematisch: Die Vorstellung von der „sittenbildenden Kraft des Strafrechts", der Normstabilisierung durch Generalprävention geht gerade im Bereich des Sexuellen erwiesenermaßen an der Realität vorbei. Sexualität läßt sich nicht in ein Schema pressen, das allein auf äußere Handlungen abzielt. Die herrschende Rechtsprechung verkennt die Schwierigkeiten von Verhaltensänderungen und ignoriert, ja beeinträchtigt den Kontext, in dem sie gelernt und angenommen werden können.

Rückschlag für die Prävention

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes bedeutet eine gravierende Diskriminierung von Menschen mit HIV und spiegelt damit einen bedenklichen Trend vom rechtsstaatlich gebotenen Tatstrafrecht zu einem Täterstrafrecht wider. HIV-Positiven wird die alleinige Verantwortungslast aufgebürdet. Ein und dasselbe Verhalten wird ihnen als strafbar zugeordnet, ihren Partner aber nicht. Damit hat die Rechtsprechung ein unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal, das der HIV-Infektion, als Grund für einen Rechtsnachteil herangezogen.

Fatal ist auch die öffentliche Wirkung solcher höchstrichterlicher Entscheidungen. Verstärkt werden dadurch Vorurteile und Einstellungen, in denen HIV-Positive als „Schuldige" und „Sündenböcke" abgestempelt sind. Die Personifizierung der AIDS-Gefahr in ihren Opfern vergiftet das notwendige gesellschaftliche Klima der Menschlichkeit und Solidarität.

Es ist zu befürchten, daß die Strafandrohung eine massive Störung der Präventions- und Betreuungsarbeit bedeutet, mit Folgewirkung bis in jede Beratungsstelle. Wenn Menschen mit HIV, nicht nur durch die Kriminalisierung, faktisch zu Bürger/innen zweiter Klasse degradiert werden, entsteht in der Beratung über einen HIV-Antikörpertest selbst dann ein Konflikt, wenn der Test medizinisch indiziert wäre. Durch die Strafandrohung wird die Möglichkeit eines offenen und vertrauensvollen Gesprächs, und damit die Chance des Lernens, mit der Infektion und der Verantwortung umzugehen, eingeschränkt.

Auch die Einführung eines umfassenderen Geheimnisschutzes für das Beratungsverhältnis wird diesem negativen Effekt nicht vollständig entgegenwirken können. Nicht zuletzt die faktische Aushöhlung der ärztlichen und behördlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit strafrechtlich nunmehr relevanten Handlungen im Bereich der HIV-Infektion hat berechtigtes Mißtrauen geschaffen. Schließlich war auch der vom Bundesgerichtshof am 4. November 1988 abgeurteilte Fall ursprünglich durch die Anzeige des behandelnden Arztes ins Rollen gekommen, der mit dem von der Rechtsprechung anerkannten Argument des „rechtfertigenden Notstandes" seine Schweigepflicht brach. Befürchtet werden muß, daß Betroffene ihr Mißtrauen auch auf Beratungsstellen übertragen könnten.

Bedenklich sind ebenfalls die präventionschädigenden Signale der herrschenden Rechtsprechung. Durch die Übertragung der alleinigen Verantwortung auf den HIV-positiven Partner wird in letzter Konsequenz nicht die körperliche Unversehrtheit geschützt, sondern ein grundsätzlich zwar zu respektierendes, im Sinne der AIDS-Prävention dennoch als sorglos einzustufendes Verhalten. Suggeriert wird damit die falsche Vorstellung, der Staat könne durch seine „Rechtspräsenz" in intimen Situationen seine Bürger/innen schützen. Das von der Rechtsprechung offensichtlich intendierte Moment der Generalprävention schlägt sich damit im Bereich der AIDS-Verhütung in Wirklichkeit kontraproduktiv und schädigend nieder.

Fazit

Der Befürchtung, die Kriminalisierungstendenzen könnten im Endeffekt dazu führen, daß mehr Infektionen verusacht werden, wird zumeist mit dem Argument entgegengetreten, es dürfe keine „rechtsfreien Räume" geben. Eine selbstverständliche Konsequenz des Schutzgedankens im Strafrecht muß aber auch sein, die durch die Rechtsprechung selbst bewirkten Sekundärschäden ebenfalls in Betracht zu ziehen. Eine verantwortliche Rechtspolitik sollte auf Strafe verzichten, wenn der durch die Kriminalisierung selbst hervorgerufene Schaden im Vergleich mit dem durch sie bewirkten Schutz unverhältnismäßig hoch ist. Dieser Grundsatz muß bei einer so umstrittenen und rechtsdogmatisch zweifelhaft hergeleiteten Rechtsauslegung wie bei der Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs im besonderen Maße gelten. Gefordert ist hier der Gesetzgeber. Falls die herrschende Tendenz in der Rechtsprechung nicht zurückgenommen wird, sollte er die genannten negativen Auswirkungen durch geeignete rechtliche Klarstellungen in der Richtung beseitigen, daß der Einsatz des Strafrechts im Bereich der HIV-Übertragung grundsätzlich ausgeschlossen ist. AIDS ist keine Verhandlungssache.

Unterabschnitt 4: Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen

Abg. Blank (CDU/CSU), dem sich Abg. Geis (CDU/CSU) angeschlossen hat, zu III. Empfehlungen, Seite 204:

Die Forderung nach Aufnahme von AIDS- und Suchtberatern — auch in anerkannten Beratungsstellen — in § 53 StPO führt zu einer den berechtigten Interessen der Strafrechtspflege entgegenstehenden nicht hinnehmbaren Ausweitung des im geltenden Recht aus guten Gründen restriktiv ausgeformten strafprozessualen Zeugnisverweigerungsrechts und ist im wesentlichen durch berufsständische Überlegungen des betroffenen Personenkreises der Berater bestimmt.

Unterabschnitt 5: Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion

Rosenbrock, dem sich Bruns angeschlossen hat, zu I.6.5.1.1.1, Seite 206:

Diese Zahlen müssen aber in Beziehung gesetzt werden zu den weltweit mittlerweile einigen hunderttausend Jahren Expositionsdauer von Ärzten, Pflegepersonal, Familienangehörigen und Freunden im Umgang mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken.

Unterabschnitt 6: Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu I.6.6.3.2, Seite 221:

Die arbeitsrechtlichen Probleme bei der Druckkündigung sind im Zusammenhang mit HIV-Infektionen nicht wesentlich anders gelagert, als in Fällen, in denen aufgrund anderer Vorurteile Druck durch Belegschaft oder Kunden auf den Arbeitgeber ausgeübt wird. Es scheint aber so zu sein, daß nicht zuletzt die rechtliche Möglichkeit der Druckkündigung die entsprechende Forderung nach Entlassung eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin unter Androhung von Arbeitsniederlegungen oder Abbruchs der Geschäftsbeziehungen erst laut werden läßt. Deshalb ist diese Kündigungsmöglichkeit zu beseitigen.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II.6.6.4.9, Seite 222:

Als zusätzlicher Unterpunkt soll aufgeführt werden:

6.6.4.9

AIDS-Kranke oder HIV-Positive sollen genausowenig arbeitsrechtlich privilegiert wie benachteiligt werden. Im Zusammenhang mit AIDS und HIV-Infektionen treten jedoch Probleme in krasser Weise zutage, die auch bei anderen Krankheiten oder anderen sozialen Benachteiligungen eine Rolle spielen. Dem ist durch eine Stärkung der Rechtsposition der Arbeitnehmer/innen zu begegnen:

— Die rechtliche Möglichkeit der Druckkündigung kann erst die Konfliktlage, die eine Druckkündigung rechtfertigen würde, hervorrufen. Deshalb ist diese rechtliche Möglichkeit der Diskriminierung von Arbeitnehmer/innen auf Druck von Kunden oder Belegschaft durch eine Rechtsänderung zu beseitigen.

— Auch in der Probezeit darf es keine Kündigungen mit diskriminierenden Begründungen geben. Die Kündigung allein aufgrund einer HIV-Infektion ist sittenwidrig. Die Diskussion um Kündigungen HIV-Positiver in der Probezeit ist geeignet, das Klima für Menschen mit HIV in der Arbeitswelt insgesamt zu belasten. Die Kündigungsmöglichkeiten sind daher auch für die Probezeit so einzuschränken, daß eine Kündigung aufgrund von Diskriminierungen unzulässig ist. Die Beweislast soll in diesen Fällen beim Arbeitgeber liegen.

— Im Betriebsverfassungsgesetz ist bei der Aufzählung der Nichtbenachteiligungskriterien neben dem Alter auch die sexuelle Orientierung mit aufzunehmen (§ 75 Abs. 1 Betriebsverfassungsgesetz).

Unterabschnitt 9: Prostitution und AIDS

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II.6.9.3.2/6.9.3.3, Seite 250:

Die Vorschläge zur Verbesserung der rechtlichen und sozialen Situation Prostituierter stellen einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar. Unser Ziel ist darüber hinaus die Beseitigung jeglicher Diskriminierung der Tätigkeit von Prostituierten. Prostitution soll als Beruf offen zur Kenntnis genommen und als gleichwertig mit anderen akzeptiert werden.

1) Prostituierte müssen auch die Möglichkeit bekommen, ihren Beruf als abhängig Beschäftigte in einem regulären Arbeitsverhältnis nachzugehen. Dazu sind alle Verbote aufzuheben, die dem im Wege stehen. Gleichzeitig muß ein effektiver Schutz vor Ausbeutung und Zwang zur Berufsausübung eingeführt werden. Dazu sollen die §§ 180a und 181 a StGB gestrichen und § 181 StGB umfassend reformiert werden.

2) Sperrgebietsverordnungen haben erheblich zur Stigmatisierung von Prostituierten, zu ihrer Ghettoisierung, Kriminalisierung, Ausbeutung und Abhängigkeit von Zuhältern beigetragen. Sie sind generell aufzuheben und damit auch die Bestimmungen der entsprechenden Strafgesetze und des Ordnungswidrigkeitengesetzes, die Prostitution im Sperrgebiet verfolgen (Änderung des § 297 EGStGB, Streichung der §§ 184 a StGB und 120 Abs. 1 OWiG).

3) Der legale Zugang zur Werbung ist Prostituierten im Gegensatz zu allen anderen Gewerbetreibenden bislang versperrt. Das Verbot der Werbung für Prostitution muß ebenfalls gänzlich beseitigt werden. Es steht der Prostitutionausübung als einer anerkannten beruflichen Tätigkeit entgegen (Streichung der §§ 119, 120 Abs. 2 OWiG).

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III.6.9.4.1, Seite 251:

Ergänzende Vorschläge zu den entsprechenden Empfehlungen:

— Aufhebung der Sperrbezirksverordnungen (Streichung des Artikel 297 EGStGB, § 184 a StGB und § 120 Abs. 1 OWiG),

— Zulässigkeit der Werbung von Prostituierten (Streichung der §§ 119, 120 OWiG),

— Normierung einer präzisen Schutznorm vor Ausbeutung Prostituierter und einer Verbotsvorschrift gegen Zwang zur Prostitution; Aufhebung aller Verbote, die einer abhängigen Beschäftigung in einem regulären Arbeitsverhältnis entgegenstehen (Reformierung der §§ 180a, 181a StGB),*)

— Entkriminalisierung des Wohnungsgewährens usw. an unter 18jährige zur Prostitutionsausübung (Streichung des § 180a Abs. 2 StGB).*)

Vorschlag für eine neue Vorschrift*)

§ 181
Schutz vor Zwang zur Prostitution

1) Mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren wird bestraft, wer

 1. eine andere Person, die der Prostitution nachgeht, in ausbeuterischer Weise in persönlicher oder wirtschaftlicher Abhängigkeit hält oder auf sie einwirkt, Tätigkeiten gegen ihre sexuelle Selbstbestimmung auszuführen,

 oder

 2. des eigenen Vermögensvorteils oder sonstiger Motive wegen Maßnahmen trifft, die eine andere Person davon abhalten sollen, die Prostitution aufzugeben.

2) Wer einer anderen Person zur Ausübung der Prostitution Wohnung oder gewerbsmäßig Unterkunft oder gewerbsmäßig Aufenthalt gewährt und dabei ausbeutet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

3) Wer eine andere Person mit Gewalt, durch Drohung mit einem empfindlichen Übel oder List dazu bringt, daß sie der Prostitution nachgeht, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu 10 Jahren bestraft.

4) Wer eine andere Person anwirbt oder wider ihren Willen durch List, Drohung oder Gewalt entführt, um sie unter Ausnutzung der Hilflosigkeit, die mit ihrem Aufenthalt in einem fremden Land verbunden ist, zu sexuellen Handlungen zu bringen, die sie an oder vor einem Dritten vornehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen lassen soll, wird mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren bestraft.

Unterabschnitt 10: Ausländerrecht und AIDS

Frau Becker, Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD), Riehl, Rosenbrock und Stille zum gesamten Unterabschnitt 10, Seite 252ff.:

Die zuvor genannten Kommissionsmitglieder tragen das Kapitel „Ausländerrecht und AIDS" mit, weil sie es für eine zutreffende Beschreibung des derzeitigen — in ihren Augen unbefriedigenden — Rechtszustandes halten.

Das jetzige Ausländerrecht stellt Ausländer potentiell in den Gegensatz zu den „Belangen der Bundesrepublik Deutschland", statt dem Gedanken zu folgen, Ausländern verläßliche Rechte bei Aufenthalt und Einreise zu garantieren.

Die Erfahrungen in Zusammenhang mit der HIV-Infektion und AIDS haben in letzter Zeit deutlich gemacht, daß das Ausländerrecht unpräzise ist. Es eröffnet bei der Frage der Ausweisung beispielsweise große Ermessensspielräume, die im Einzelfall zu Entscheidungen führen, die bis an die Grenze von Willkür führen können.

Wenn die vorstehende Beschreibung des geltenden Rechts in einzelnen Ausführungen den Lesern als inhuman erscheint, liegt das in der Natur des geltenden Rechts und nicht an der Absicht der Verfasser.

Bruns, Riehl, Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), dem sich Frau Becker und Rosenbrock angeschlossen haben zu II. Auswertungen Seite 260:

weitere Auswertungspunkte:

6.10.7.4

Die zuvor genannten Kommissionsmitglieder sind der Auffassung, daß die Versorgung kleinerer Zahlen von HIV-infizierten Ausländern die Belange der Bundesrepublik Deutschland nicht tangiert. Vielmehr ist zu erwägen, inwieweit armen Ländern eine zusätzliche Belastung ihrer schwachen Sozial- und Gesundheitssysteme durch Abschiebung von Kranken derzeit zugemutet weden kann. Die Politik gegenüber diesen Ländern trägt dem Grundsatz der Solidarität gegenüber ärmeren Ländern zu wenig Rechnung.

Die armen Länder müssen durch internationale Hilfe in die Lage versetzt werden, mit ihrer jeweiligen AIDS-Problematik selbst fertig zu werden.

6.10.7.5

In vielen Ländern gibt es keine adäquaten medizinischen Versorgungs- und Betreuungsangebote für AIDS-Kranke. Bei der Abwägung der Rechtmäßigkeit und Angemessenheit einer Abschiebung müssen die sonstigen Gesichtspunkte hinter dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrheit der AIDS-Kranken zurücktreten.

6.10.7.6

Pressemeldungen zufolge werden HIV-Infizierte und AIDS-Kranke in verschiedenen Ländern von Staatsorganen in einer Weise behandelt (Ermordung, Kasernierung), die einer Verfolgung gleichkommt. HIV-Infizierte und AIDS-Kranke aus diesen Ländern sind daher mindestens als Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention oder auch als politisch Verfolgte im Sinne von Artikel 16 Abs. 2 Satz 2 GG anzusehen.

6.10.7.7

Aus Mexico und anderen Ländern Lateinamerikas wird über Verfolgungen von Homosexuellen durch ultrarechte Organisationen und staatliche Organe berichtet. Die Mordaufrufe und -anschläge der ultrarechten Organisationen und die Razzien der Polizei sind durch die anlaufenden AIDS-Aufklärungskampagnen der Regierungen ausgelöst worden. Homosexuelle aus diesen Ländern sind deshalb politisch Verfolgte im Sinne von Artikel 16 Abs. 2 Satz 2 GG. Um das klarzustellen, ist das Asylverfahrensgesetz dahin zu ergänzen, daß die Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung und des Geschlechts eine politische Verfolgung im Sinne des Grundgesetzes ist.

6.10.7.8

Der unterzeichnende Teil der Kommission ist der Auffassung, daß die Ausweisungsmöglichkeiten aufgrund falscher Angaben über die Gesundheit (§ 10 Abs. 1 Nr. 7 AuslG), der Prostitution (§ 10 Abs. 1 Nr. 8 AuslG), der Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder Sittlichkeit (§ 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG) und der Inanspruchnahme von Sozialhilfe (§ 10 Abs. 1 Nr. 10) für die AIDS-Prävention bei einem Teil der Ausländer/innen kontraproduktiv sind. Diese Kommissionsmitglieder halten insbesondere den Ermessungsspielraum (§ 10 Abs. 1 Satz 1 AuslG) und die Auskunftsermächtigung (§ 10 Abs. 2 AuslG) für zu weit gefaßt. Auch ist eine Einschränkung des § 10 Abs. 1 Nr. 7 AuslG und ein Ausschluß der Anwendung des § 10 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 AuslG auf HIV-Infektionen dringend geboten.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) in Ergänzung zum vorstehenden Sondervotum und zu II.6.10.7.3, Seite 260:

Die erschreckende Auflistung der Ausweisungsmöglichkeiten und behördlichen Ermessensspielräume

gegenüber nicht deutschen Menschen mit HIV und/oder AIDS zeigt in besonders krasser Weise, wie rechtlos Einwanderer und Einwanderinnen in der Bundesrepublik Deutschland leben müssen. Ausländische Staatsangehörige auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland sind einer Sondergesetzgebung unterstellt, die sie in existentiellen Fragen diskriminiert. Diskriminierung und faktische Rechtlosigkeit bewirken u. a. auch eine massive Beeinträchtigung für eine wirkungsvolle AIDS-Prävention.

Die Fraktion DIE GRÜNEN weigert sich, den Maximen des Ausländerrechts zu folgen und Emigrant/inn/en als potentielle Gefahrenherde für die Belange der Bundesrepublik Deutschland anzusehen. Das gilt in gleichem Maße auch für Menschen mit HIV und/oder AIDS, die als Nichtdeutsche unter uns leben.

Der Rechtsstatus von Einwander/inn/en muß so ausgestaltet werden, daß sie umfassend die gleichen Rechte wie deutsche Staatsbürger erhalten. Das kann beispielsweise durch Einführung eines wesentlich erweiterten und nicht mehr an völkischen Gesichtspunkten orientierten neuen Einbürgerungsgesetzes geschehen sowie durch ein eigenständiges Niederlassungsgesetz für diejenigen, die sich nicht einbürgern wollen. Der Rechtsstatus von Niederlassungsberechtigten ist so auszugestalten, daß sie nicht mehr der Kontrolle und Überwachung der Ausländerbehörden unterliegen und umfassende Rechtsgarantien erlangen, darunter insbesondere den Schutz vor Ausweisung. Nachgezogene ausländische Ehefrauen und Ehemänner müssen ein eigenständiges Aufenthaltsrecht erhalten, Flüchtlinge ein Bleiberecht.

Sonder-/Minderheitenvoten zum 7. Kapitel „Maßnahmen der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung der Immunschwäche AIDS“

Vorbemerkung

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), der sich Bruns, Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD) und Rosenbrock angeschlossen haben
Seite 261:

Ergänzung zur Vorbemerkung:

Da die Mehrzahl der Maßnahmen und Projekte noch nicht abgeschlossen ist, ist eine eingehende Würdigung der dort laufenden Arbeit nicht möglich. Auffallen und benannt werden müssen aber Mängel und Lücken, vor allem hinsichtlich der Aktivitäten im Bereich der Hauptbetroffenengruppen.

Zu Recht wird ein Großteil der Präventionsarbeit in diesem Bereich an Selbsthilfeorganisationen delegiert. Damit dort effektiv gearbeitet werden kann, bedarf es aber auch ausreichender finanzieller Unterstützung zu Konditionen, welche die Autonomie der Selbsthilfegruppen stärkt und nicht schwächt.

Unverständlich ist in diesem Zusammenhang die Ablehnung der Förderung des Kölner „Stop-AIDS-Projekts“, eines auf mehrere Jahre angelegten Safer sex-Workshop-Programms für Schwule. Offensichtlich scheute die Bundesregierung davor zurück, öffentlich in den Geruch der Förderung von Homosexualität zu geraten. Gleiche Mechanismen scheinen zu bedingen, daß Themen wie Prostitution, Homo- oder Bisexualität und Drogengebrauch in den massenmedialen Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nahezu vollständig ausgeblendet werden. Damit bleibt ein wesentlicher Teil der Wirklichkeit im Zusammenhang mit HIV und AIDS unausgesprochen und eine wichtige Gelegenheit, aufklärend und antidiskriminierend zu wirken, ungenutzt.

Unterabschnitt 1: Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben, Projekte und Kooperationen des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), der sich Bruns und Rosenbrock angeschlossen haben zu III. Empfehlungen, Seite 281:

Zusätzliche Empfehlungen:

7.1.6.6

Zukünftig sollten auch schwule Präventionsvorhaben wie die Stop-AIDS-Projekte finanziell gefördert werden;

7.1.6.7

in den massenmedialen Aufklärungskampagnen sollten zukünftig auch Themen wie Homo- und Bisexualität, Prostitution und Drogengebrauch in Zusammenarbeit mit den Betroffenen- und Selbsthilfeorganisationen entwickelt und benannt werden.

Unterabschnitt 2: Modellmaßnahmen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN), der sich Abg. Frau Conrad (SPD), Abg. Großmann (SPD), Abg. Pick (SPD) und Rosenbrock angeschlossen haben zu III. Empfehlungen, Seite 288:

Zusätzliche Empfehlung:

7.2.7.8

Die Arbeit an und mit der rechnergestützten AIDS-Dokumentation KLIMACS sollte unverzüglich eingestellt werden. Das Projekt bietet keinen Nutzen für die Behandlung von Patient/inn/en oder für die Forschung, birgt aber die Gefahr einer mißbräuchlichen Verwendung von sensiblen Daten.

Minderheiten-/Sondervoten zum 8. Kapitel „AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland"

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II.8.10, Seite 314:

Ersatz für den vorstehenden Absatz:

Die gegenwärtige Datenlage über die Ausarbeitung der HIV-Infektion in der Bundesrepublik Deutschland wird für die Anlage und Durchführung von Präventionskampagnen von Fachleuten als ausreichend betrachtet. Angesichts des Umstandes, daß nahezu alle epidemiologischen Methoden erhebliche Probleme aufwerfen, Anforderungen des Datenschutzes nicht gerecht werden und die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte von Patient/inn/en nicht gewährleisten können, ist auf diesem Forschungsfeld mit besonderer Sensibilität zu verfahren. Angebliche Forschungsdefizite dürfen keine Legitimation für die Aufweichung von Datenschutzstandards bieten. Auch für Forschungspojekte, die Aufschluß über die Trends der Ausbreitung der HIV-Infektion geben wollen, muß gelten, daß dort das Recht des einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung strikt gewahrt bleibt. Ebenso sind Forschungsvorhaben abzulehnen, in denen Menschen aus Gründen der bloßen Datenvermehrung zu einer Entscheidung für den HIV-Antikörpertest gedrängt werden. Menschen dürfen nicht zum Objekt der Wissenschaft degradiert werden. Methoden wie Studien an „Sentinel populations" oder „Unlinked testing" dürfen daher nicht zur Anwendung kommen.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II.8.12, Seite 315:

Die Durchführung medizinischer Studien sollte generell von Ethikkommissionen überwacht werden, in denen die betroffenen Patient/inn/en bzw. deren Selbsthilfeorganisationen Sitz und Stimme haben müssen.

Zöllner, dem sich Abg. Becker (CDU/CSU), Gallwas und Abg. Geis (CDU/CSU) angeschlossen haben, zu III. Empfehlungen, Seite 316f.:

III. Empfehlungen

Vorbemerkungen

Die von der Mehrheit der Kommission beschlossenen *Empfehlungen* gehen sowohl über den Auftrag der Kommission, wirksame Wege zur Eindämmung von AIDS aufzuzeigen, als auch über die bekannten Grenzen des Haushaltes weit hinaus. Die Empfehlungen dürfen nicht nur aus einem großzügig bemessenen Bedarf der AIDS-verwandten Forschung abgeleitet werden, vielmehr ist zu prüfen, inwieweit eine förderungswürdige Forschung Bezüge zur Eindämmung von AIDS hat, um bei Förderungsempfehlungen zu bleiben, die die Grenzen der Realität nicht überschreiten. Mein Votum lautet deshalb:

Die Kommission empfiehlt dem Deutschen Bundestag, die Bundesregierung zu ersuchen bzw. auf die Länder hinzuwirken,

grundsätzlich

1. die bisher erfolgreiche Forschung, soweit ein enger Bezug zu AIDS besteht, weiterhin zu fördern;
2. Forschungseinrichtungen naturwissenschaftlicher, medizinischer und sozialwissenschaftlicher Disziplinen, die für das Thema Eindämmung von

AIDS relevant sein könnten, bzw. ihre Forschungsvorhaben intensiv zu fördern;

3. die üblichen Förderungszeiträume von 1—3 Jahren in ausgewählten Fällen zu verlängern, damit auch komplexe Arbeitsgebiete unterschiedlicher wissenschaftlicher Sachbereiche der AIDS-Forschung, (z. B. klinische, natur- und sozialwissenschaftliche Themen) adäquat bearbeitet werden können;
4. Lehrstühle bzw. Professuren für wissenschaftliche Disziplinen einzurichten, in deren Bereichen im Zusammenhang mit AIDS Defizite in Forschung und Lehre deutlich erkennbar geworden sind (z. B. Epidemiologie, klinische Infektiologie, experimentelle Therapie);

im Bereich der naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung

5. die bisherige Förderung der Grundlagenforschung unvermindert fortzusetzen;
6. die Erforschung der Übertragungswege der HIV-Infektion besonders zu unterstützen;
7. innovative Bereiche der experimentellen Chemotherapie in ihren chemischen und biochemischen Grundlagen weiter zu entwickeln;
8. Arbeiten zur Entwicklung von Tiermodellen der retroviralen Infektion als Grundlage der Pathogeneseforschung wie der Chemotherapie und Impfstoffentwicklung zu fördern;

im Bereich der Sozialwissenschaften

9. kooperative Studien zwischen klinischen Psychologen, Psychiatern und Neurologen zu fördern;
10. die Frage der Psychoimmunologie durch Unterstützung relevanter Forschung an ausgewiesenen Instituten abzuklären;

im Bereich der Epidemiologie

11. im Hinblick auf die Besonderheiten im Verlauf der HIV-Infektion Nutzen und Durchführbarkeit von epidemiologischen Studien an umschriebenen Indikatorpopulationen (Sentinel populations), die Methode des Unlinked testing und die klassischen Methoden der Epidemiologie (Field work) zu überprüfen, speziell bezüglich ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft;
12. mathematische Modellrechnungen im Bereich der Epidemiologie zu fördern;

im Bereich der klinischen Forschung und Therapie

13. Ambulanzen mit forschungsfreundlicher Infrastruktur, insbesondere für langdauernde Therapiestudien als Voraussetzung für unterschiedliche Formen der klinischen Forschung aufzubauen bzw. auszubauen; auch dafür Sorge zu tragen, daß geeignete Formen der Einbindung von erfahrenen niedergelassenen Ärzten in die klinische AIDS-Forschung erarbeitet werden;
14. klinische Studien des Verlaufs der HIV-Infektion und des vielfältigen Spektrums von Manifestationen verstärkt zu fördern; dabei sollen den Verlauf beeinflussende Faktoren (z. B. Drogen) besonders berücksichtigt werden;
15. der Feststellung von Unterschieden in der Infektiosität von HIV während verschiedener Stadien sowie begünstigender und hemmender Faktoren ein besonderes Augenmerk zu widmen;
16. klinische Studien einer Therapie der HIV-Infektion, opportunistischer Infektionen und sekundärer Tumoren weiter zu unterstützen, wobei einerseits Nebenwirkungen, Langzeiteffekte verschiedener therapeutischer Regimes sowie die bei AIDS meist notwendige Polypharmakotherapie, andererseits neuartige Therapieprinzipien, z. B. Drug targeting (d. h. selektiver Transport zum Wirkort) zu berücksichtigen sind;
17. die medizinischen Grundlagen der Opiatsucht und des Suchtphänomens zum Gegenstand der Forschung zu machen; dabei auch den Einfluß von Drogen auf das Immunsystem sorgfältige Beachtung zu erteilen;

im Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege

18. dafür zu sorgen, daß beim Aufbau einer sozialmedizinischen (Public Health) Forschung AIDS, die HIV-Infektion und andere chronische Krankheiten mit schlechter Prognose bei Menschen mittleren Alters ausreichend berücksichtigt werden.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III.8.17.2, Seite 317:

Epidemiologische Methoden wie Studien an „Sentinel populations" oder „Unlinked testing", die unter ethischen wie Datenschutzgesichtspunkten fragwürdig erscheinen, sollten nicht zum Einsatz kommen.

Minderheiten-/Sondervoten zum 9. Kapitel „AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt"

Abg. Geis (CDU/CSU), dem sich Zöllner angeschlossen hat, zu I.9.3.1, Seite 325 ff.:

Von den Mitgliedern der Delegation der Kommission, die Ruanda besucht haben, und von den Mitgliedern der GTZ in Ruanda wird der katholischen Kirche vorgeworfen, ihre „Haltung" habe „fatale Konsequenzen für die weitere Ausbreitung der Krankheit".

Die Gedankenführung des vorbezeichneten Textes läßt nicht sogleich erkennen, worin dieser schwerwiegende Vorwurf begründet sein soll. Auf der Suche nach einer Antwort kann die Behauptung im Text, „dieses sexuelle Erziehungsprogramm dürfe nicht in katholischen Sekundarschulen durchgeführt werden", ein Hinweis sein. Auch der Vorwurf der Kommission, „die Benutzung von Kondomen werde von der katholischen Kirche nachdrücklich abgelehnt", mag die schwerwiegende Anschuldigung gegen die katholische Kirche durch die Mitglieder der GTZ in Ruanda und die Mitglieder der Delegation der Kommission ausgelöst haben. Die Vorwürfe der Delegationsmitglieder und der Mitglieder der GTZ gegen die katholische Kirche in Ruanda gehen jedoch fehl:

1. Zunächst ist zu bemängeln, daß die Delegationsmitglieder die Kirche zwar angreifen, es aber versäumt haben, ein offizielles Gespräche mit Vertretern der katholischen Kirche über das Thema „AIDS" zu führen. Dies ist für Parlamentarier, die mit Erlaubnis der Bundestagspräsidentin, also auf Staatskosten, eine offizielle Delegationsreise unternehmen, um sich an Ort und Stelle über eine wichtige Frage zu informieren, ungewöhnlich. Zu einer vollständigen Information hätte es nun einmal dazu gehört, auch vor Ort die andere Seite, in diesem Falle also die katholische Kirche, zu hören, bevor man sie in solch drastischer Weise eines falschen Verhaltens beschuldigt. Die Delegationsmitglieder setzen sich so dem Verdacht aus, als sei es ihnen gar nicht um Informationen gegangen, sondern nur darum, das Konzept der GTZ und der Regierung von Ruanda bei uns in der Bundesrepublik Deutschland zu propagieren, die katholische Kirche von Ruanda aber wegen ihres abweichenden Programmes im Kampf gegen AIDS anzugreifen und zu verunglimpfen.

   Dabei haben sich die Mitglieder der Delegation nicht die Frage gestellt, ob dieses Konzept der GTZ und der Regierung auch geeignet ist, die Ausbreitung der furchtbaren Krankheit zu verhindern oder vielleicht sogar zu stoppen. Dies hat seinen Grund. Bei näherer Betrachtung fällt nämlich auf, daß es sich bei diesem fraglichen Konzept um nichts anderes handelt, als um das gleiche Konzept, wie es in den westlichen Industrieländern und wie es auch von Mitgliedern der Kommission immer wieder propagiert wird. Von dieser Seite glaubt man nämlich, mit „Sexualerziehung" und mit der Verteilung von Kondomen AIDS bekämpfen zu können. Die Delegationsmitglieder der Kommission sind ganz offensichtlich der Meinung, daß dieses „Konzept" kritiklos auf die Situation in Ruanda zu übertragen ist und daß jedes andere Programm, das von diesem Konzept abweicht, strikt bekämpft werden muß. So falsch diese Politik bei uns ist, so falsch ist sie auch für die Entwicklungsländer. Man kann diese furchtbare Krankheit nicht eindämmen, indem man die Augen vor der Gefahr, die von den Risikogruppen ausgeht, verschließt und nichts unternimmt, was in irgendeiner Weise der hedonistischen Ideologie entgegensteht. Man kann nicht ernsthaft diese furchtbare Krankheit bekämpfen, indem man alle Maßnahmen im Grunde nur auf die Propagierung und die Verteilung von Kondomen und deren richtige Anwendung verengt. Leider hat unsere Gesundheitspolitik die ganze Strategie gegen AIDS am Anfang auf die Methode der Propagierung von Kondomen vereinfacht. Leider ist auch diese Kommission nach dreijähriger Tätigkeit faktisch nur zu dem Ergebnis gekommen, was schon vorher feststand und was sich in dem dümmlichen Schlagwort „Safer sex" zusammenfassen läßt. Das Schlimme daran ist, daß man glaubt, diese fragwürdige Politik kritiklos auf die Dritte Welt, hier auf Ruanda übertragen zu können. Dabei verhält man sich gegen Andersdenkende nach dem selben Strickmuster wie in der Bundesrepublik Deutschland: Die, die wie bei uns Bayern, eine andere Konzeption vertreten, werden angegriffen, beschuldigt und lächerlich gemacht.

2. Wie bereits erwähnt, greifen die Delegationsmitglieder die katholische Kirche von Ruanda deshalb an, weil sie „dieses (von der GZT empfohlene und vom Staat durchgeführte) Sexualerziehungsprogramm" nicht in katholischen Sekundarschulen einführt.

   Bei der Suche, welches „Sexualerziehungsprogramm" von der Kirche abgelehnt wird, bleibt der Kommissionsbericht äußerst dürftig. Gemeint ist wohl damit zunächst einmal die von dem „Sexualerziehungsprogramm" vorgeschlagene „Familienplanung".

   Tatsächlich spielte dieses Thema in den Kommissionssitzungen bei der Erörterung des Delegationsberichtes eine maßgebliche Rolle. Der Kirche wurde vor allem wegen ihrer „dogmatischen" und „starren" Haltung, die durch die päpstliche Enzyklika „Humanae Vitae" begründet sei, angegriffen. Die Wortmeldung eines Delegationsmitgliedes während der mündlichen Erörterung des Reiseberichtes gipfelte in dem Vorwurf, die Kirche betreibe durch ihr „stures" Festhalten an der Enzyklika „humanae vitae" in Ruanda „Völkermord"!

Allerdings schweigt sich der Kommissionsbericht darüber aus, in welchem Zusammenhang die Familienplanung mit der Bekämpfung von AIDS überhaupt stehen soll. Zunächst sind dies doch wohl zwei verschiedene Themen. Die Familienplanung ist sicherlich in der Dritten Welt eine heiß diskutierte Frage. Sie wird aber auch bei uns nicht minder leidenschaftlich diskutiert, ohne daß dabei die Problematik von AIDS ins Spiel käme. Im übrigen war das Problem der Familienplanung bereits auf der Tagesordnung, als noch niemand an AIDS dachte. Niemand kann deshalb die Bekämpfung der Viren ohne weiteres in einem Zusammenhang mit der Verhinderung des Kindersegens bringen. Auch hier taucht wiederum der Verdacht auf, daß es den Delegationsmitgliedern in dieser Frage weniger um die Erarbeitung von Vorschlägen, wie AIDS am besten bekämpft werden kann, gegangen ist, sondern daß es ihnen darum zu tun war, die Kirche wegen ihres Familienplanungsprogramms, das selbstverständlich nicht mit dem der GTZ und damit auch des Staates von Ruanda übereinstimmt, anzugreifen. Weil es den Delegationsmitgliedern ganz offensichtlich nur darum gegangen ist, in den eigenen Denkschablonen verharren und sie auf andere Länder übertragen zu können, hat man sich vor Ort nicht mit Vertretern der Kirche in Verbindung gesetzt, um dieses Problem zu erörtern.

Obwohl dies nicht ausdrücklich aus dem Text hervorgeht, scheint die GTZ und scheinen auch die Mitglieder der Delegation der Meinung zu sein, Familienplanung müsse vor allem, ja müsse ausschließlich mit technischen Mitteln bewerkstelligt werden. Die Kirche lehnt solche Empfehlungen ab, weil diese Mittel nach ihrer Auffassung sich letztlich gegen die Würde des Menschen richten. Familienplanung bedeutet für die Kirche darüber hinaus nicht nur Reduktion der Kinderzahl, sondern Erhalt der Familienwerte, die Befähigung zur ehelichen Bindung, Verantwortung für die Familie und damit auch verantworteter Umgang mit der Sexualität, Wertvorstellungen, die manchen Zeitgenossen nicht mehr zugänglich zu sein scheinen. Wer, wie ganz offensichtlich die GTZ und die Delegationsmitglieder der Kommission glaubt, Familienplanung in Ruanda auf ein Verteilungsprogramm von technischen Hilfsmitteln beschränken zu können, vereinfacht dieses Problem nicht nur, sondern mißachtet in diesem sensiblen Bereich das Bewußtsein und die Gefühlswelt der dortigen Bevölkerung. Seine Bemühungen sind deshalb zum Scheitern verurteilt. Das Familienplanungsprogramm der Kirche dürfte insoweit einen größeren Erfolg versprechen. Ich verweise auf die im Anhang (Seite 379ff.) abgedruckte *Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe* zu diesem Thema.

Wie bereits erwähnt, wird im Kommissionsbericht nur sehr dürftig ausgeführt, wie durch Familienplanung AIDS verhindert werden kann. Jedenfalls verhindert zunächst einmal weder Sterilisierung, noch Pille, noch Diaphragma eine Ansteckung. Sie verhindern nur die Empfängnis. Richtig dabei ist, daß, wenn die Mutter infiziert ist, auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, daß die Infektion auf das Kind übertragen wird. Es gibt Schätzungen, die von 50% solcher Übertragungsfälle ausgehen. Endgültige Erkenntnisse liegen aber noch nicht vor, weil der Test bei Säuglingen nicht die gleiche Zuverlässigkeit hat wie bei Erwachsenen. Dennoch aber ist wohl die Feststellung richtig, daß insofern die Empfängnisverhütung eine gewisse Präventionswirkung gegen AIDS haben kann. Sehr bedenklich aber wäre es, die Familienplanung mit Sterilisierung, mit Pille oder mit Diaphragma zu propagieren. Wie bereits festgestellt, verhindern diese Verhütungsmethoden nicht die Infektion der Mutter. Im Gegenteil. Wir wissen, daß Empfängnisverhütungsmittel geradezu den häufigen Wechsel des Sexualpartners fördern, weil die Folgen, die Schwangerschaft, ausgeschlossen sind. Damit aber steigt die Promiskuität. Die Promiskuität aber ist der Motor der Seuche (Privatdozent Dr. Rosenbrock, Sachverständiger der Kommission, von der SPD benannt). Außerdem muß bedacht werden, daß die Pille AIDS gegenüber geradezu förderlich ist.

Die Empfehlungen der GTZ und der Delegationsmitglieder der Kommission, mit Hilfe von technischen Mitteln Familienplanung zu betreiben, sind deshalb im Blick auf AIDS in höchstem Maße fragwürdig.

3. Allenfalls durch die Verwendung des Kondoms ist eine gewisse Sicherheit der Mutter vor Infektionen gegeben. Allerdings ist das Kondom längst nicht so sicher, wie der bei uns verkündete Slogan „Gib AIDS keine Chance" suggeriert. Dies gilt besonders für Afrika:

   — Die Versagerquote bei der Anwendung des Kondoms schwankt in einer festen Partnerbeziehung auf ein Jahr bezogen zwischen 5 und 10%. Dies bei einwandfreiem Material, richtiger Anwendung und diszipliniertem Gebrauch. Die Möglichkeit schwanger zu werden, ist jedoch auf wenige Tage im Monat begrenzt. Die Infektion mit dem HI-Virus ist aber bei jedem Sexualkontakt mit einem infizierten Partner zu befürchten. Da die Infektion in Afrika sehr weit verbreitet ist, muß also eine weit höhere „Versagerquote" des Kondoms zur Verhütung einer Infektion befürchtet werden.

   — In Entwicklungsländern erhöht sich das Risiko durch verschiedene Faktoren, wie Mangel an Disziplin in der Anwendung und Mängel im Material. Hinzu kommt die Mehrfachverwendung, da Kondome schlecht erhältlich und darüber hinaus für den täglichen Gebrauch zu teuer sind.

Daraus ergibt sich entgegen der Meinung der Delegationsmitglieder und der GTZ, daß der Staat von Ruanda in höchstem Maße fahrlässig handelt, wenn er seine Präventionspolitik faktisch auf die Verteilung und die richtige Anwendung von Kondomen beschränkt. Die katholische Kirche hat dies erkannt und lehnt deshalb unter anderem auch aus diesem Grunde die Propagierung von Kondomen ab.

Die Übertragung von AIDS durch Sexualverkehr ist nicht zufallsabhängig, sondern in hohem Maße

durch eigenes Verhalten steuerbar. Es muß deshalb der Versuch unternommen werden, Verhaltensänderungen zu erreichen, die eine Ansteckung vermeiden. Diese Bemühungen müssen weit über die banale Propagierung von technischen Hilfsmitteln hinausreichen. Das beschriebene Konzept der katholischen Kirche von Ruanda (Seite 379ff.), auf das ich verweise, geht auf diese einfachen Erkenntnisse ein und versucht wirklich und nicht nur scheinbar, den Kampf gegen AIDS aufzunehmen.

Wer, wie die GTZ, sich im Grunde genommen darauf beschränkt, die richtige Anwendung von Kondomen zu lehren, entspricht zwar der hedonistischen Ideologie, treibt aber mit der Gesundheit und dem Leben der Menschen in Ruanda und in der Dritten Welt ein unverantwortliches und in höchstem Maße verwerfliches Spiel.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu II. 9.4.1, Seite 329f.:

Epidemiologische Methoden wie die des Sentinel surveillance, also die wiederholte Untersuchung in ausgewählten Personengruppen, für die Bundesrepublik Deutschland auszuschließen, für die Arme Welt aber gutzuheißen, ist eine äußerst fragwürdige Haltung. Die Probleme sind hier und dort die gleichen: Menschen werden zu bloßen Objekten der Forschung degradiert. Ob dabei eine wirkliche Entscheidungsfreiheit für oder gegen die Beteiligung gegeben ist, muß zumindest zweifelhaft erscheinen. Neben der grundsätzlichen Problematik des HIV-Antikörpertests bei symptomlosen Personen stellen sich noch weitere Fragen: Bei Reihentests ist schon allein durch die Quantität eine eingehende vor- und nachsorgende Beratung faktisch unmöglich. Betreuung und Hilfestellung für Getestete, falls sie sich einem möglicherweise positiven Testergebnis nicht gewachsen zeigen, werden ebenfalls kaum praktizierbar sein. Die hierzulande im medizinischethischen Umgang mit dem HIV-Antikörpertest anzulegenden Standards müssen aber ebenso für die Menschen der Armen Welt gelten. Es darf hier nicht mit zweierlei Maß gemessen werden. Auch in der Armen Welt sind ethisch fragwürdige Forschungsdesigns abzulehnen.

Abg. Frau Schmidt (DIE GRÜNEN) zu III.9.11.6, Seite 332:

Studien nach der Methodik des Sentinel surveillance sind angesichts der damit verbundenen massiven ethischen Probleme anzulehnen.

Anhang

16. März 1990

1. Stellungnahme des Kommissariats der Deutschen Bischöfe

Ziel des Berichts der Enquete-Kommission ist es unter anderem, wirksame Wege zur Eindämmung von AIDS aufzuzeigen, auch in Entwicklungsländern, insbesondere in Afrika.

Der katholischen Kirche Ruandas wird vorgeworfen:

a) Das Familienplanungs- und Sexualerziehungsprogramm der GTZ in Zusammenarbeit mit dem Nationalbüro für Bevölkerung (ONAPO) dürfe nicht in katholischen Sekundarschulen durchgeführt werden und

b) die damit verbundene Instruktion über die Benutzung von Kondomen zur HIV-Prävention werde massiv abgelehnt. Diese „starre Haltung" habe „fatale Konsequenzen für die weitere Ausbreitung der Krankheit".

Gegen diese Einschätzung der Lage in Ruanda sind erhebliche Einwendungen zu machen:

1. Es wird verschwiegen, was im Lagebericht zu Uganda hervorgehoben wird:

   Es gibt auch in Ruanda ein katholisches Familienplanungsprogramm, das in Absprache mit ONAPO durchgeführt wird, und die Kirche beteiligt sich auch, wo es ihr möglich ist, an der allgemeinen Sensibilisierung im Hinblick auf AIDS.

   Es ist nicht einsichtig, warum das GTZ-Familienplanungsprogramm en bloc in katholischen Institutionen durchgeführt werden soll, wenn die Kirche ein alternatives Programm anbietet. Wenn „massive Ablehnung" der katholischen Kirche im Bericht festgestellt wird, kann sie sich nur auf das Junktim beziehen.

2. Die Leistungen im einzelnen:

   a) Das Programm für Natürliche Familienplanung (NFP) wurde vor 6 Jahren begonnen. Es ist heute in mehr als der Hälfte aller 110 Pfarreien fest etabliert, die Vorbereitungen für die restlichen Pfarreien laufen. An der Spitze stehen ein Arzt und ein Priester. Das Programm selbst hat Modellcharakter für andere Länder, die NFP einführen wollen (FIDAF-Seminar 1989).

   b) Die 60 Basisgesundheitsdienste des Landes in kirchlicher Hand sind naturgemäß Anlaufstelle für AIDS-Kranke und in der Lage über die Krankheit und über die Übertragungswege aufzuklären.

   c) In den 53 katholischen Sekundarschulen des Landes wird auf NFP und AIDS hingewiesen. Ein eigenes Programm für Jugendliche ist in Vorbereitung. Statistisch gesehen ist die Bedeutung der Sekundarschulen allerdings relativ zu sehen. Nur 10% aller Primärschulabsolventen können im Lande auf einen Sekundarschulplatz hoffen. Die Hauptarbeit muß also außerhalb geleistet werden.

   d) Auch in den sozialen Folgeproblemen ist die Kirche aktiv. Caritas-Ruanda stellt zur Zeit die Ernährung von Tausenden von Waisen sicher.

   e) Die ruandische Bischofskonferenz wird demnächst mit einem besonderen Brief der Bischöfe zu AIDS an die Öffentlichkeit gehen wie vor kurzem die Bischofskonferenz von Uganda.

   Die katholische Kirche beteiligt sich also aktiv an der allgemeinen Bewußtseinsbildung hinsichtlich AIDS. Sie kümmert sich auch um die Kranken und ihre Familien. In der Einzelfallberatung wird das Kondom thematisch mitbehandelt. An der generellen Propagierung und massiven Verteilung von Kondomen beteiligt sie sich allerdings nicht. Sie nutzt vielmehr ihre Strukturen, um auf allen Ebenen auf eine Änderung des Sexualverhaltens hinzuwirken, d. h. auf eheliche Treue und auf den Verzicht auf gelegentliche bzw. wechselnde Sexualkontakte.

   Dieser Ansatz ist geeignet, der Ausbreitung von AIDS entgegenzuwirken, und müßte im Interesse des Zieles des Berichtes der Kommission liegen. Er fördert ein Verhalten, das den einzig wirklich sicheren Schutz für die gesunde Bevölkerung bedeutet, ausgenommen Paare mit einem infizierten Partner.

3. Aus Ruanda hören wir, daß ein Kontakt mit katholischen Institutionen zwecks ergänzender Information von der Enquete-Delegation nicht gesucht wurde.

4. Damit verbleibt vom zweiten Teil des Vorwurfs noch die grundsätzliche Haltung zum Kondom als Prävention für AIDS.

   Hier sollte, da ein medizinisches Problem anzugehen ist, auch von der medizinischen Seite umfassend informiert werden:

   Das Kondom gibt nicht die Sicherheit, die der Slogan „Gib AIDS keine Chance" suggeriert. — Im Rahmen der Verhütungsdiskussion gehört es zu den weniger sicheren Methoden. Die Versagerquote schwankt in einer festen Partnerbindung auf ein Jahr bezogen zwischen 5 und 10%, bei einwandfreiem Material, richtiger Anwendung und diszipliniertem Gebrauch. Die Möglichkeit schwanger zu werden ist jedoch auf wenige Tage im Monat begrenzt. Die Infektionsgefahr für AIDS besteht dagegen bei jedem Sexualkontakt mit ei-

ner infizierten Person. Auch wenn hier noch keine Studien vorliegen, muß das Risiko höher veranschlagt werden als der oben genannte Wert.

- In Entwicklungsländern, wie Ruanda oder anderen, erhöht sich das Risiko weiter durch verschiedene Faktoren wie
  - Mangel an Disziplin in der Verwendung,
  - Mängel im Material,
  - Temperaturempfindlichkeit,
  - unregelmäßige Verfügbarkeit durch Versorgungsengpässe sowie
  - unsachgemäße Entsorgung oder Mehrfachgebrauch.

  Damit läge, wenn man auf das Kondom als Vorbeugungsmittel in jeder Bevölkerungsgruppe baut, das Risiko weit über dem des Russischen Roulettes.
- Richtig ist, daß die Wahrscheinlichkeit einer Infektion durch infizierte Personen, die nicht zu einer Verhaltensänderung bereit sind, erheblich eingeschränkt werden kann (Prostitution).
- Richtig ist aber auch, daß für den Gesunden auch dann immer ein Risiko bleibt, das im Rahmen der Verhütungsdiskussion nicht mehr akzeptabel wäre.

Wenn nun ein Risiko, das in 5 bis 10 % aller Fälle in einem Jahr zu einer Schwangerschaft führt, die nicht lebensgefährlich ist, als hoch erachtet wird, darf dann das Risiko einer unheilbaren und immer tödlich verlaufenden Krankheit in 5 bis 10 % oder mehr aller Paarbeziehungen in einem Jahr vernachlässigt werden? Kann eine Institution wie der Staat oder eine Kirche die Eingehung dieses Risikos generell empfehlen? Das Kondom als Globalstrategie für eine Gesamtbevölkerung erscheint somit zumindest problematisch.

Beim Stand der derzeitigen Präventionsmöglichkeiten erscheint es ebenso wichtig, auf eine Änderung des Sexualverhaltens hinzuarbeiten. Der Verlaß auf das Kondom als Hauptvorbeugungsmaßnahme wird die Ausbreitung der Krankheit nicht verhindern, zumal damit auf die nötige Verhaltensänderung nicht hingewirkt wird.

Der Angriff auf die katholische Kirche Ruandas erscheint daher nicht sachlich und sollte in dieser Form entfallen.

5. Im Gegenteil:

   Wenn eine, die Ansteckung vermeidende Änderung des Sexualverhaltens Programmansatz sein soll, kommt es darauf an, im sozialen und kulturellen Umfeld die Normen und die gesellschaftliche Autorität ausfindig zu machen, die dem Ziel förderlich sind, und es käme ferner darauf an, diese gesellschaftlichen Kräfte in ihrer Autorität zu stützen. Die katholische Kirche ist bei ca. 70 % Katholiken eine solche Kraft und ihre Normen sind einer sicheren Vermeidung der Gefahr dienlich. Nicht Diffamierung, sondern Zusammenarbeit wäre hier das Gebot.

6. In Afrika scheint man das gut erkannt zu haben. So im Nachbarland Uganda.

   Der Nationaldirektor für das AIDS-Kontrollprogramm von Uganda berichtet im Oktober 1989 über den Aufbau seiner Anti-AIDS-Kampagne. Die Charakteristika waren Aufklärung über die Art der Infektion, Bewußtmachung der Gefahr und die intensive Betonung ehelicher Treue und beständiger sexueller Beziehungen, über alle Arten öffentlicher Medien und Veranstaltungen sowie über die traditionelle Sozialstruktur auf dem Land. 200 000 Christen waren freiwillige Mitarbeiter.

   Obwohl die kulturellen Barrieren beträchtlich sind, insbesondere auf dem Gebiet der Sexualität, beobachtet er innerhalb von zwei Jahren einen dramatischen Wandel im Verhalten auf diesem Gebiet. Die sexuell übertragbaren Krankheiten haben drastisch abgenommen. In einer Gegend mit hoher Verbreitung von AIDS ergaben letzte Untersuchungen, daß 93 % der Erwachsenen wechselnde Sexualkontakte eingestellt haben. Das Kondom als Teil der generellen Bekämpfungsstrategie wird nicht erwähnt. Im kulturellen Kontext scheint es nicht das gegebene Mittel zu sein, es sei denn bei ausgemachten Risikogruppen.

7. Der Bericht sprach vor allem in einer früheren Version vom Widerstand der katholischen Kirche gegen moderne Familienplanungsmethoden.

   Es sollte deutlich werden, daß die natürliche Familienplanung eine ebenso moderne Methode wie andere derzeit gängige antikonzeptionelle Methoden ist und, wie wissenschaftlich nachgewiesen, an die Sicherheit hormoneller Verhütungsmittel heranreicht.

   Der Widerstand der katholischen Kirche richtet sich demnach nicht gegen Familienplanung überhaupt (die erwähnte Enzyklika „Humanae Vitae" führt ja gerade aus, daß Eltern die Familiengröße verantwortlich bestimmen sollten), der Widerstand richtet sich offenbar lediglich gegen das Programm der GTZ. Der folgende Punkt wäre deshalb besonders interessant.

8. Der Bericht der Delegation läßt eine Konzeptdiskussion vermissen:

   Nicht jede Methode der Familienplanung oder der AIDS-Prävention ist kulturell verträglich oder in einer Kultur gleichermaßen einseh- bzw. begreifbar. Auf die Problematik geht der Bericht nur in einer ganz gezielten Weise ein: Mit Studien will das GTZ-Programm kulturelle Vorstellungen, die sich mit dem Anti-Konzeptionsprogramm nicht vertragen, lediglich erkennen, um den Widerstand durch „Strategien" zu brechen und damit die Akzeptanz für ihr Programm zu erhöhen. Es scheint eher auf die quantitative Reduzierung der Kinderzahl gerichtet zu sein als auf eine Berücksichtigung des gesamten Kontextes.

   Ein Familienplanungsprogramm sollte jedoch folgendes besonders berücksichtigen:

— Den Erhalt der Familienwerte, die Befähigung zur ehelichen Bindung, Verantwortung für die Familie (und damit auch im Umgang mit der Sexualität).

— Es muß auf jeden Fall mehr sein als ein Verteilungsprogramm von technischen Hilfsmitteln. Das gilt in besonderem Maße für Afrika.

— Das Programm müßte an traditionelle Wertvorstellungen und Tabus angepaßt werden und nicht gegen sie konzipiert sein.

— „Familien- und Sexualerziehung erfordern gegenseitiges Vertrauen zwischen Teilnehmern und Verantwortlichen dieser Erziehung, und sie ist eine unverzichtbare Aufgabe der Kirche", so ein Orientierungsrahmen der Nichtregierungsorganisationen.

Auf diesen integralen Ansatz legt die katholische Kirche in Ruanda besonderen Wert in ihren Programmen. Wie wesentlich diese Orientierungsarbeit ist, zeigt die unterschiedliche Ausbreitung von AIDS in Stadt und Land, die mit einem abbröckelnden bzw. mit einem noch intakten sozialen Orientierungsrahmen korrelliert. Die Arbeit der Kirche zu unterminieren und die Orientierungslosigkeit der jüngeren Generation, insbesondere in den Städten, damit noch zu erhöhen, ist nicht vertretbar.

9. Der Episkopat Ruandas gilt als konservativ, aber er ist zugleich sozial engagiert und initiativ, auch in Sachen AIDS und Familienplanung. In Uganda wird dies vom Bericht der Enquete-Kommission für das katholische Parallelprogramm anerkannt. Warum nicht auch in Ruanda?

2. Glossar

Vorbemerkung

Zu den Problemen, die mit der Immunschwäche AIDS verbunden sind, gehören auch solche terminologischer Art. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit des Berichts und damit des besseren Verständnisses einer breiten Öffentlichkeit wurde daher die Aufschlüsselung einiger, sich wiederholender Begriffe für notwendig gehalten.

Der Begriff AIDS selbst wurde zur Erfassung und Überwachung für epidemiologische Zwecke geprägt. Er enthält jedoch nicht das gesamte Spektrum von Zuständen, die mit der HIV-Infektion zusammenhängen.

In Diskussionen und Veröffentlichungen ist der Begriff AIDS-Epidemie allgemein üblich. Es sollte jedoch klargestellt werden, daß die Epidemie in ihrem vollen Ausmaß nicht nur Menschen mit AIDS, sondern auch andere Infizierte einschließt, die weniger schwerwiegende Manifestationen der Krankheit aufweisen oder asymptomatisch sind.

Des weiteren werden bestimmte Bevölkerungsgruppen, so zum Beispiel homosexuelle Männer und Drogensüchtige, als Gruppen mit hohem Ansteckungsrisiko bezeichnet. Die Begriffe „risikotragende Gruppe" oder „Risikogruppe" sind nicht ganz zutreffend. Denn nicht alle Mitglieder dieser Gruppe sind einem hohen Risiko ausgesetzt, sich mit HIV zu infizieren. Abgesehen davon kann der Gebrauch des Begriffs „Risikogruppen" dazu führen, daß Personen, die diesen Gruppen nicht angehören, dann der Meinung sein könnten, sie seien dem Risiko einer HIV-Infektion nicht ausgesetzt, auch nicht bei riskanten Verhaltensweisen. Einige könnten auch dazu verleitet werden, bewußt oder unbewußt zu leugnen, daß sie gefährdet sind. So könnte zum Beispiel ein Mann, der nur sporadische homosexuelle Kontakte hatte, sich vorwiegend als heterosexuell und deshalb als nicht infektionsgefährdet ansehen. Mißverständnissen über notwendige Verhütungsmaßnahmen oder über die Möglichkeit einer bereits stattgefundenen Infektion wäre dann ein breiter Raum eröffnet.

Mißverständlich ist auch die Behauptung, daß das Infektionsrisiko mit bestimmten „riskanten Verhaltensweisen" verbunden sei. Das gilt insbesondere für die sexuelle Übertragung, bei der der Verkehr mit häufig wechselnden Sexualpartnern — homosexuellen oder heterosexuellen — mit einem hohen Infektionsrisiko gleichgesetzt wird. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, als bedürfe es für eine Infektion lediglich vieler Partner. Tatsächlich handelt es sich darum, daß sich mit zunehmender Zahl von Partnern die Gefahr, auf einen Infizierten zu treffen, vergrößert.

Die Kommission hat sich aus diesen Gründen darauf verständigt, anstelle des Begriffs „Risikogruppen" den Begriff „Hauptbetroffenengruppen" zu verwenden. Hierbei sieht sie sich auch durch den ihr unter anderem vom Deutschen Bundestag erteilten Auftrag veranlaßt, dafür Sorge zu tragen, daß Diskriminierungen und Ausgrenzungen von Menschen vermieden werden. Daher würde sie es begrüßen, wenn künftig auch die Öffentlichkeit diesen Begriff verwenden würde.

AIDS (acquired immune deficiency syndrome): erworbene Immunschwäche; Folge der Infektion mit dem human immune deficiency virus (HIV); Abschwächung oder Verlust der körpereigenen Fähigkeit auf eindringende Erreger zu reagieren; manifest dekompensierter Immundefekt mit opportunistischen Infektionen und/oder Tumoren;

AIDS-Demenz: Veränderungen des Zentralnervensystems mit zunehmendem Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten (Störungen der Konzentration, Merkfähigkeit, Feinmotorik, psychomotorische Verlangsamung, Persönlichkeitsveränderungen); seit

September 1987 qualifizierend für die Diagnose AIDS nach der CDC-Klassifikation;

Antigen: artfremde Stoffe (zum Beispiel Teile der Hülle von HIV), die im Körper die Bildung von Antikörpern bewirken;

Antikonzeptivum: Mittel zur Empfängnisverhütung, zum Beispiel die „Pille";

Antikörper: im Serum im Zuge der Reaktion auf das Eindringen von Antigenen in die Blutbahn auftretender humoraler Abwehrstoff (ein Eiweiß) mit spezifischer, gegen das auslösende Antigen gerichteter Wirkung;

Antikörpertiter: grobes Maß für die in einer Blutprobe vorhandene Menge eines Antikörpers;

Antikörper, monoklonale: genetisch einheitliche Antikörper, die von einem Zellklon gebildet werden;

AIDS-related Complex (ARC): Vorstadium des Vollbildes von AIDS nach der CDC-Klassifikation; wichtigste Symptome siehe „Krankheitsbild";

Autoimmunreaktion: durch Stoffe des eigenen Körpers ausgelöste Reaktion, die zur Bildung von Antikörpern gegen Zellen des eigenen Körpers führt;

Azidothymidin (AZT): Nukleosid, das in der Natur nicht vorkommt; falscher Nucleotid- bzw. Polynucleotidbaustein; Handelsname Retrovir (R); internationaler Freiname Zidovudin;

Balintgruppe: berufsbezogene Selbsthilfegruppe; nicht psychotherapeutisch tätige Ärtze und Angehörige medizinischer Hilfsberufe finden sich über einen längeren Zeitraum zusammen, um unter psychotherapeutischer Supervision Fälle aus der eigenen Praxis zu diskutieren; im Mittelpunkt dieser Gruppenarbeit stehen Gespräche über die Beziehung zwischen dem Behandelnden und seinen Patienten hinsichtlich aufgetretener Störmomente und positiver Einflüsse; der Gruppenprozeß dient dazu, sich eigener Haltungen und Reaktionen bewußt zu werden;

Befruchtung, extracorporale oder in-vitro-Fertilisation: Vereinigung von Ei- und Samenzelle im Reagenzglas oder anderen Laborgefäßen;

Blut-Hirn-Schranke (korrekt: Blut-Liquor-Schranke): Zellsystem, das den ungeregelten Stoffaustausch zwischen Blut und Zentralnervensystem verhindert und dem Austausch bestimmter Stoffe dient;

CDC-Klassifikation: Einteilung der HIV-Infektion in vier Stadien durch die Centers for Disease Control (CDC), die sich an sichtbaren Krankheitserscheinungen orientiert; dient vor allem epidemiologischen Zwecken;

CD4-Rezeptor: spezifische Stelle an der Oberfläche von Makrophagen und T-Helferzellen, vielleicht auch von anderen Zellen der Infektionsabwehr, an der sich passende Antigene verankern können;

Chemotherapie: Behandlung mit Substanzen, die die Vermehrung von Krankheitserregern oder bösartiges Zellwachstum hemmen können;

Chromosom: in jedem Zellkern in artspezifischer Anzahl und Gestalt vorhandene, für die Vererbung bedeutungsvolle Strukturen, die während der Zellteilung charakteristische differenzierte Formen annehmen; faden- oder schleifenförmiger Bestandteil dés Zellkerns, der die genetische Information enthält;

Codein: Morphinderivat; in therapeutischer Dosierung Wirkung zum Beispiel auf den Hustenreflex; wird von Abhängigen als Drogenersatz eingenommen und von Ärzten als Drogenersatz verschrieben (Substitution);

Cofaktoren: Bedingungen, die eine Infektion, ihre Latenzzeit, den Zeitpunkt der Manifestation und den Verlauf beeinflussen;

Beispiele sind: genetische Prädisposition, Virusdosis, Übertragungsmodus, zusätzliche Virusinfektionen, psychische und psychosoziale Bedingungen oder die Zeit;

Coming out: Prozeß der Annahme der eigenen Homosexualität; individueller, unterschiedlich verlaufender Prozeß mit vielen Konflikten, der auch häufig mißlingt oder Beschädigungen hinterläßt; im Idealfall wird die eigene Homosexualität entdeckt, zunächst zurückgedrängt, kann dann allmählich akzeptiert, in die eigene Identität integriert und schließlich auch nach außen hin vertreten werden;

Common sense: gesunder Menschenverstand;

Computertomographie (CT): Röntgenuntersuchungstechnik zur lagegetreuen Darstellung von Strukturen im Körper;

Contact tracing: Ermittlung von Infektionsquellen und -ketten auf der Basis einer Befragung des Infizierten;

Coping: ein Verhalten, mit dem schwierige Probleme bewältigt werden können;

Demenz: krankheitsbedingter Verlust intellektueller Fähigkeiten;

Desoxyribonukleinsäure (DNS, DNA): fadenförmiges Molekül als Doppelspirale; Träger der genetischen Information;

Desperadoverhalten im Zusammenhang mit AIDS: absichtliche Weitergabe der HIV-Infektion;

Diskriminierung: Herabsetzung; Herabwürdigung; mit negativen sozialen Folgen verbundene, herabsetzende Ausgrenzung von Menschen beziehungsweise Gruppen; in der Rechtswissenschaft wird dieser Begriff nur verwandt, wenn für die diskriminierende Behandlung kein rechtfertigender Grund besteht;

Droge(n): Heilmittel pflanzlicher oder tierischer Herkunft; heute auch übliche Bezeichnung für Rauschgifte;
— illegale Drogen: Rauschmittel, deren Besitz, Handel und Gebrauch entgegen gesetzlichen Vorschriften erfolgt, wie zum Beispiel Heroin, LSD und Kokain;

Drogenabhängige, i. v.-: Personen, die Rauschmittel intravenös (in die Vene) injizieren und den dauernden Konsum des Suchtmittels brauchen;

Drogenhilfe: Beratungsstellen für Drogenabhängige;

Drug targeting: Entwicklung eines Medikamentes, das einen selektiven Transportmechanismus zum Wirkort ausnutzen kann;

ELISA-Test: enzyme-linked immunosorbent assay; Suchtest für HIV-Antikörper; allein nicht ausreichend beziehungsweise spezifisch;

Endemie: Ausbreitung einer Seuche, akut oder auf Dauer, in einem geographisch begrenzten Gebiet;

Endoskopie: Untersuchung des Körperinneren, wie zum Beispiel des Magens oder des Darms, mit Hilfe optischer Geräte (Sonden);

Entgiftung (Jargon): Aufhebung beziehungsweise Neutralisation der schädlichen Wirkung von Toxinen; Ausscheidung von Giften aus dem Körper; auch Synonym für Entzug; gelegentlich verwendet für den stationären Aufenthalt zur ärztlichen Überwachung der Umstellung des Körpers nach dem Absetzen von Drogen;

Entwöhnung: Form der Suchttherapie; ambulante oder stationäre Behandlung mit dem Ziel die Abhängigen zu befähigen, ohne Drogen leben zu können;

Entzugssymptome, Entzugserscheinungen: körperliche Erscheinungen nach dem Absetzen von Drogen, zum Beispiel Blutdruckanstieg, beschleunigte und tiefe Atmung, Schlaflosigkeit und starkes Schwitzen, die zum erneuten Drogengebrauch zwingen können;

Enzephalopathie: organische Schädigung des Gehirns;

Epidemie: gehäuftes Auftreten einer Krankheit; früher nur bei Infektionskrankheiten verwendet; bei örtlicher Begrenzung *Endemie,* bei weltweiter Ausbreitung *Pandemie;*

Fetus (eingedeutscht: Fötus, Föten): Leibesfrucht nach dem 4. Schwangerschaftsmonat;

Gen: Abschnitt auf der DNA (oder RNA), der die Information zur Synthese eines Proteins enthält;

Genom: einfacher (nicht-verdoppelter) Chromosomensatz; in erweitertem Sinne auch die Gesamtheit der Gene eines Individuums;

Gerinnungsfaktoren (I-XIII): im Blut vorkommende Stoffe, die am Ablauf der Blutgerinnung teilnehmen; die Gabe von Faktor VIII-Präparaten war an der Übertragung von HIV beteiligt;

Geschlechtsverkehr: Beischlaf;

— analer —: der Penis befindet sich im Analkanal;

— Oral-Vaginal — (Cunnilingus): Reizen der äußeren Genitale der Frau mit der Zunge;

— penetrierender —: Eindringen mit dem Penis in Körperöffnungen der Partnerin oder des Partners;

— Penis-Oral — (Fellatio): Einführen des Penis in den Mund der Partnerin oder des Partners;

— vaginaler —: der Penis befindet sich in der Vagina;

Gliazellen: Stützsubstanz des Zentralnervensystems;

Glykoproteine (gp): Oberflächenstruktur von HIV aus Mukopolysachariden und Proteinen (siehe auch Rezeptor);

Gruppen, risikotragende: Gruppen von Menschen, die vermehrt der Gefahr einer HIV-Infektion ausgesetzt sind, wie Homosexuelle und i. v.-Drogenbenutzer sowie deren Sexualpartner; (siehe auch Vorbemerkung zum Glossar und unter *Hauptbetroffenengruppe*);

Hämophilie (Bluterkrankheit): rezessiv erbliche, nur bei männlichen Nachkommen manifeste Erkrankung, die durch stark eingeschränkte Gerinnungsfähigkeit des Blutes charakterisiert ist;

— Hämophilie A: Fehlen beziehungsweise Mangel des Gerinnungsfaktors VIII;

— Hämophilie B: Fehlen beziehungsweise Mangel des Gerinnungsfaktors IX (selten);

Hauptbetroffenengruppe: die Kommission hat sich mehrheitlich darauf verständigt, anstelle der international üblichen Begriffe „Risikogruppen", „risk group", „groups at risk" den Begriff „Hauptbetroffenengruppen" zu verwenden, um Mißverständnisse und Diskriminierungen zu vermeiden;

Heroin: Rauschgift mit hoher Suchtgefahr; gleiche Wirkungsqualität wie Morphin, jedoch sechsmal stärker;

HIV-exponiert: Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 15 Monaten, bei denen noch kein eindeutiger Nachweis der HIV-Infektion erfolgen konnte (Nachweis der Bildung eigener Antikörper zum Ausschluß passiv übertragener Antikörper von der Mutter), deren Mütter aber HIV-infiziert sind;

HIV-Infekt (fälschlich HIV-Infektion): Erkrankung nach der Ansteckung mit HIV;

HIV-2-Infekt: Krankheitsbild ähnlich der Infektion mit HIV-1, in Europa bisher wenige Fälle bekannt; das verantwortliche Virus ist mit HIV-1 verwandt, aber nicht identisch;

HIV-Test (genauer: HIV-Antikörper-Test): Laboruntersuchung zum Nachweis einer HIV-Infektion (siehe zum Beispiel *ELISA-Test* und *Western Blot*);

Home based care: Betreuung von AIDS-Kranken in der Familie;

Immundefekt: angeborene oder erworbene Abwehrschwäche; Verlust der Fähigkeit, auf ein Antigen mit einer ausreichenden Immunantwort zu reagieren;

Immunglobuline (IgA, IgD, IgE, IgG, IgM): Abkürzung für Immunglobuline der Klassen A bis M; Eiweiße deren Bildung durch ein Antigen ausgelöst wird und die Antikörper enthalten; sollen die Antigene eliminieren;

Immunsuppression: Unterdrückung der Immunantwort mit Medikamenten oder Bestrahlung zum Beispiel bei Organtransplantationen;

Immunsystem: Zusammenspiel von Knochenmark und lymphatischem System zur Abwehr nichtkörpereigener Stoffe;

Immuntoleranz: Ausbleiben einer Immunantwort (Antigen-Antikörper-Reaktion) im Organismus;

Infektion, Primär- und Sekundär-: im Zusammenhang mit AIDS ist die Primärinfektion die Ansteckung mit HIV, die Sekundärinfektion die Infektion mit einem weiteren, anderen Erreger;

— Sekundärinfektion: Synonym für opportunistische Infektion;

Infektiosität: Fähigkeit eines Menschen, andere anzustecken; nimmt im Verlauf der HIV-Infektion zu;

Informed consent: Einwilligung eines Patienten in eine Behandlung auf der Grundlage umfassender Information;

Inkubationszeit: Zeit zwischen dem Eindringen des Krankheitserregers in den Organismus und *ersten,* vorübergehenden Krankheitserscheinungen beziehungsweise dem ersten Auftreten von Antikörpern im Blut;

Inokulation, akzidentelle: unbeabsichtigte, zum Beispiel unfallbedingte Übertragung von Krankheitserregern im medizinischen Bereich, die nicht in jedem Fall zu einer Infektion führt;

Insemination: künstliche Besamung;

— homologe —: künstliche Besamung mit dem Sperma des Ehemannes;

— heterologe —: künstliche Besamung mit dem Sperma eines anderen Mannes;

Interferon α-, β-, γ-: (hypothetischer) Hemmstoff der Virussynthese, der sich nach dem Eintritt eines Virus in eine Zelle aufgrund der Wechselwirkung zwischen beiden bildet; kann heute großtechnisch hergestellt werden; der Einsatz in einer Kombinationstherapie bei AIDS scheint möglich;

Inzidenz von AIDS: Zahl der Neu*erkrankungen* (AIDS-Vollbildfälle) pro Zeiteinheit (meist ein Jahr); Maß für die Geschwindigkeit der Ausbreitung einer Erkrankung;

Inzidenz der HIV-Infektion: Zahl der Neu*infektionen* pro Zeiteinheit;

KLIMACS: Software-Programm zur einheitlichen Dokumentation von Krankengeschichten;

KLINAIDS: bundesweit einheitliches Datenerfassungssystem zur multizentrischen Auswertung gewonnener Daten über HIV-Infizierte und AIDS-Kranke;

Kohortenstudie: Untersuchung einer bestimmten Gruppe im zeitlichen Ablauf über die Entwicklung oder Veränderung von Merkmalen;

Kontamination: Verunreinigung (durch Krankheitserreger);

Langerhans-Zelle: differenzierte Form des Monozyten (Makrophagen) unter der äußersten Schicht der Haut;

Latenzzeit: Zeit zwischen der Serokonversion und dem Auftreten erster AIDS-*typischer,* krankhafter Veränderungen (ARC, LAS);

Leitsymptom: einzelne oder in Kombination auftretende Krankheitserscheinungen, die auf eine bestimmte Diagnose hindeuten;

Lentivirus: sich besonders langsam vermehrendes Virus; Untergruppe der Retroviren;

Lymphozyten: Teil der weißen Blutkörperchen; kommen in verschiedenen Ausprägungen vor (B-, T4- und T8-Lymphozyten); gehören zum zellulären Immunsystem;

Lymphadenopathie-Syndrom (LAS): Vorstadium des Vollbildes von AIDS mit generalisierter Lymphknotenschwellung nach der CDC-Klassifikation;

Makrophagen: Zellen des Immunsystems, die in verschiedenen Formen im gesamten Organismus vorkommen; haben die Fähigkeit fremdes Material zu erkennen und in sich aufzunehmen; sogenannte Freßzellen;

Malignom: bösartige Geschwulst;

Manifestationsrate: Prozentsatz der Infizierten, die in einer bestimmten Zeit am Vollbild AIDS erkranken;

Meldepflicht: ärztliche Pflicht, bestimmte Krankheiten aufgrund des Bundesseuchengesetzes oder des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten anonym oder mit Namensnennung an das zuständige Gesundheitsamt zu melden;

Meningoenzephalitis: Entzündung der Hirnhäute unter Mitbeteiligung der Gehirnsubstanz;

Methadon: synthetisches Schmerzmittel mit morphinähnlicher Wirkung; die optisch linksdrehende Form hat den Namen L-Polamidon (Levopolamidon, Levomethadon) und ist fast doppelt so stark wirksam wie Methadon sowie vierfach stärker und länger wirksam als Morphin;

Methadon-Substitution: Behandlungsversuche, mit Hilfe von Methadon vom illegalen Drogenkonsum wegzukommen;

Mikroläsionen: Verletzungen der Haut oder Schleimhaut, die mit dem bloßen Auge nicht sichtbar sind;

Mikrozensus›: gesetzlicher Sonderfall der repräsentativen Stichprobe, bei der etwa 1% der Bevölkerung einer Befragung unterzogen wird;

Monozyten: Teil der weißen Blutkörperchen; Vorstufe des aktiven Makrophagen;

Needle sharing: gemeinsamer Gebrauch von Drogenspritzbestecken;

Neuro-AIDS: Befall des peripheren und zentralen Nervensystems durch HIV in Form von Demenz, Poly-

neuropathie, malignen Tumoren, Blutungen, Infarkten etc.;

Nukleotidsequenz: im genetischen Code festgelegte Reihenfolge der Nukleotide;

opportunistische Infektionen (OI): Infektionen mit Krankheitserregern, die an sich harmlos sind, wenn das körpereigene Abwehrsystem funktioniert; bei Immundefekten können diese Erreger zu tödlichen Krankheiten führen;

oral: Zufuhr über den Mund; den Mund betreffend;

pathogen: krankheitserregend;

Peer review: Verfahren zur Begutachtung von wissenschaftlichen Leistungen durch Fachkollegen, die auf ähnlichen Gebieten tätig sind;

Phase I, II, III, IV von klinischen Prüfungen:

Phase I: — Erstanwendung am Gesunden (Probanden), Suche nach dosisabhängigen Wirkungen, Verträglichkeit unterschiedlicher Dosierungen, Untersuchungen zur Aufnahme, Verteilung, Verstoffwechselung und Ausscheidung des Wirkstoffs;

Phase II: — Erstanwendung am Patienten, erwünschte und unerwünschte Wirkungen beim Patienten, Dosisfindung;

Phase III: — Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit und der Unbedenklichkeit an größeren Patientengruppen, vergleichende Nutzen-Risiko-Untersuchungen zu bereits bekannten Arzneimitteln;

Phase IV: — Anwendungsüberwachung nach der Zulassung, Nutzen-Risiko-Überwachung des Arzneimittels unter therapeutischen Routinebedingungen;

Pneumocystis carinii Pneumonie (PcP): Lungenentzündung durch Pneumocysten verursacht; bei Immundefekt lebensgefährlich;

Polymerasekettenreaktion (PCR): molekularbiologische Technik mit der DNA-Fragmente beliebig vervielfältigt und identifiziert werden kann;

Polytoxikomanie: Abhängigkeit von mehreren suchterzeugenden Drogen gleichzeitig;

praktische Konkordanz: wenn Grundrechte verschiedener Grundrechtsträger aufeinanderstoßen, muß eine Güterabwägung im Einzelfall erfolgen; dabei ist festzustellen, welche Verfassungsbestimmung für die konkret zu entscheidende Frage das höhere Gewicht hat; Ausgangspunkt dabei ist aber nicht die völlige Verdrängung eines der Grundrechte, sondern der Versuch zwischen den Grundrechten einen solchen Ausgleich zu finden, bei dem jedes von ihnen zu möglichst optimaler Wirksamkeit gelangen kann;

Prädilektionsfaktoren: besondere Umstände, die das Auftreten einer Krankheit begünstigen;

positive predictive value: Aussagekraft eines positiven Testergebnisses; Treffsicherheit eines Testes;

Prävalenz: Häufigkeit einer Erkrankung oder eines Infektes in einer untersuchten Bevölkerungsgruppe;

Prävention: Verhütung der Ausbreitung einer Krankheit; vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten durch Ausschalten schädlicher Faktoren oder durch möglichst frühzeitige Behandlung einer Erkrankung;

- Primärprävention: generelle Vermeidung auslösender oder vorhandener Ursachen/Teilursachen (Risikofaktoren) für eine Erkrankung ihrer individuellen Erkennung, Beeinflussung, gegebenenfalls auch Behandlung im Einzelfall;
- sekundäre Prävention: Entdeckung eines eindeutigen Frühstadiums einer Krankheit und deren erfolgreiche Frühtherapie;
- tertiäre Prävention: wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung zu verhüten; (Definition der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen)

Präventivmaßnahmen: zur Vorbeugung gegen eine Erkrankung angewandte Maßnahme;

Promiskuität: Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern;

Prospektivstudie: Langzeitstudie zur begleitenden Erfassung von Merkmalen einer Erkrankung;

Retrospektivstudie: Studie, die anhand von Krankenblättern rückblickend Gemeinsamkeiten eines Krankheitsbildes aufzeigt;

Protozoon-Protozoen: einzellige Organismen (darunter bei AIDS häufige Krankheitserreger);

Psychoimmunologie: der Einfluß von psychosozialen Belastungen auf Krankheitsentstehung und -verstärkung;

Reaktivierung: Wiederherstellung einer vorübergehend ruhiggestellten Funktion;

Rehabilitation: Gesamtheit der Beratungs-, Fürsorge- und Betreuungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben;

Replikation: der sich ständig wiederholende Vorgang der Virusvermehrung;

Retrovirus: Virusfamilie, die ein Enzym, die reverse Transkriptase, mit sich führt, um RNS in DNS umzuschreiben, die dann in das Wirtsgenom integriert werden kann;

Rezeptor: reaktionsfähige Stellen einer Körperzelle, an denen sich wirksame Substanzen, aber auch Antigene (zum Beispiel HIV) verankern können;

Rezidivprophylaxe: Maßnahmen, die verhindern sollen, daß eine Krankheit in einem Menschen erneut auftritt;

Ribonukleinsäure (RNS, RNA): fadenförmiges Molekül als einfache Spirale; in Ausnahmefällen Träger der genetischen Information (zum Beispiel RNS-Viren);

Risikogruppe: siehe unter *Gruppe, risikotragende, Hauptbetroffenengruppe* und Vorbemerkung zum Glossar;

Rooming in: die Möglichkeit von Angehörigen oder Freunden bei einem stationären Aufenthalt eines Patienten jederzeit bei ihm zu sein und sich gegebenenfalls an der Betreuung und Versorgung zu beteiligen;

Safer sex: Sexualpraktiken, die kein oder nur ein sehr geringes Risiko für eine Infektion mit HIV in sich bergen, zum Beispiel Verkehr mit Kondomen;

Schutzimpfung: vorbeugende Immunisierung gegen epidemisch auftretende Infektionskrankheiten;

Selbstbestimmungsrecht, informationelles: Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Artikel 2 GG; wurde vom Bundesverfassungsgericht im Rahmen des sogenannten Volkszählungsurteils entwickelt und betrifft die Grenzen der Verfügung des Staates über personenbezogene Daten (BVerfGE 65/1);

Sensitivität: Prozentsatz der durch einen Test als sicher identifizierten Kranken;

$$\text{Sensitivität} = \frac{\text{richtig Positive}}{\text{richtig Positive + falsch Negative}}$$

Sentinel population: eine repräsentative, genau umschriebene Bevölkerungsgruppe, deren medizinische Befunde, z. B. im Rahmen einer epidemiologischen Studie, Aussagen erlauben, die auf andere Bevölkerungsgruppen übertragbar sind;

Serokonversionszeit: Zeit zwischen Ansteckung und dem Auftreten von HIV-Antikörpern im Blut;

Sexualität: Gesamtheit der geschlechtlichen Lebensäußerungen;

— bisexuell: sexuelles Interesse sowohl an Männern als auch an Frauen;

— heterosexuell: sexuelles Interesse an Personen des anderen Geschlechts;

— homosexuell: sexuelles Interesse an Personen des eigenen Geschlechts (bei Frauen auch „lesbisch" genannt);

— lesbisch: siehe homosexuell;

Spätkonvertierer, Nonresponder: kleiner Teil der HIV-Infizierten, die im HIV-Antikörper-Test negativ sind, obgleich HIV aus dem Blut isoliert werden kann;

Sperma: Samenflüssigkeit, bestehend aus Samenfäden und Sekreten;

Spezifität: Prozentsatz der durch einen Test als richtig identifizierten Gesunden;

$$\text{Spezifität} = \frac{\text{richtig Negative}}{\text{richtig Negative + falsch Positive}}$$

Staging: Zuordnung zu den Stadien eines Krankheitsbildes aufgrund von Untersuchungsergebnissen;

Stammzellen: Vorstufen der Blutzellen im Knochenmark;

Stichprobe, repräsentative: Untersuchung definierter Charakteristika in einer Gruppe, die ausreichend groß ist, um eine Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung zuzulassen;

Subkultur, homosexuelle: Gesamtheit der ungeschriebenen Regeln, Sitten sowie der Kommunikationsformen und Einrichtungen innerhalb der Gemeinschaft der Homosexuellen;

Substitution: hier: Ersatz von Heroin durch Methadon oder Codein;

— *graue* Substitution: nicht offiziell gebilligte und nicht kontrollierte Substitution;

Supervision: Beobachtung und Analyse des Verhaltens eines Therapeuten durch einen Dritten zur Aufdeckung und Korrektur von methodischen Fehlern und Behandlungsstörungen und zur Beurteilung der Kompetenz des Therapeuten;

T-Helferzellen, T-Suppressorzellen: T-Lymphozyten mit besonderen Aufgaben bei der Abwehr von Krankheitserregern;

Transfusion: Übertragung von Blut;

Transkriptase, reverse: Enzym zur Herstellung einer DNS aus der gegenläufigen RNS des Virus; die reverse Transkription ist Voraussetzung für den Einbau des Virusgenoms in das Genom der Zelle;

Translation: Übersetzung der genetischen Information in die Aminosäuresequenz der zu bildenden Proteine;

Übertragung, horizontale: Übertragung von HIV innerhalb einer Generation;

Übertragung, vertikale: Übertragung von einer Generation auf die nächste; Übertragung von der Mutter auf das ungeborene Kind;

Übertragungsmechanismus: Vorgang der Infektion im mikroskopischen Bereich; Eindringen des Erregers in den Körper und dessen Ausbreitung innerhalb des Organismus;

Übertragungsweg: Ansteckung von einem Organismus auf einen anderen;

Unlinked testing: Methode, bei der ein Rest des zu anderen Zwecken entnommenen Blutes nach Anonymisierung auf Vorliegen epidemio-logisch relevanter Merkmale, zum Beispiel von HIV-Antikörpern, untersucht wird;

Vaginalsekret: Flüssigkeit, die von den Drüsen der Scheide und ihrer Anhangsgebilde abgesondert wird;

Vakzine: Impfstoff aus lebenden, attenuierten bzw. inaktivierten Krankheitserregern oder aus inaktivierten Toxinen bzw. Toxoiden von Erregern;

Virostatika: chemische Verbindungen zur Therapie virusbedingter Infektionen;

Virulenz: Grad der Aggressivität von Mikroorganismen als quantitative Eigenschaft im Gegensatz zur Pathogenität;

Western Blot: Untersuchung zum Nachweis HIV-spezifischer Proteine; Bestätigungstest für den ELISA-Test;

Zentralnervensystem (ZNS): aus Gehirn und Rückenmark bestehender Teil des Nervensystems.

3. Abkürzungen

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abg.	Abgeordnete/r
Abs.	Absatz
ACP	AIDS Control Programme
a. E.	am Ende
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AGBG	Gesetz zur Regelung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen
AGF	Arbeitsgemeinschaft der Großforschungseinrichtungen
AGLMB	Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIFO	AIDS-Forschung
AiP	Arzt im Praktikum
AJEB	Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung
AJPH	American Journal of Public Health
ArbStättV	Arbeitsstättenverordnung
ARC	AIDS-related Complex
ARV	AIDS assoziiertes Retrovirus (früherer Name für HIV)
ASP	Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin
ASSP	AIDS-Spread Simulations and Projections
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
av	audio-visuell
AVK	Auguste-Viktoria-Krankenhaus
AuslG	Ausländergesetz
AZT	Azidothymidin, Retrovir
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BAZ	Bundesamt für Zivildienst
BBG	Bundesbeamtengesetz
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologen
BeKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BFH	Bundesfinanzhof
BFHE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundesfinanzhofs
BGA	Bundesgesundheitsamt, Berlin
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl	Bundesgesetzblatt
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BKG	Berliner-Krankenhaus-Gesellschaft
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMFT	Bundesministerium für Forschung und Technologie
BMJ	British Medical Journal
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BMJFFG	Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit
BMVg	Bundesministerium der Verteidigung
BRRG	Beamtenrechtsrahmengesetz
BSeuchG	Bundesseuchengesetz
BSGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BT-Drs., BT-Drucksache	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des BVerfG

BVG	Bundesversorgungsgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDC	Centers for Disease Control, Atlanta Georgia, USA
CMV	Cytomegalievirus
COMAC	Kommitee für konzertierte Aktionen für die Gesundheitsforschung der Europäischen Gemeinschaften
CT	Computertomographie
D.A.H.	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
DBÄ	Die Berliner Ärtzekammer
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DDC, ddC, DOC	Didesoxycytidin
DED	Deutscher Entwicklungsdienst
DDI, ddi	Didesoxyinosin
DDTC, DTC	Imuthiol, Diäthyldithiocarbamat
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGBG	Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
DNS, DNA	Desoxyribonukleinsäure
DSE	Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung
DVAuslG	Durchführungsverordnung zum Ausländergesetz
EBV	Epstein-Barr-Virus
Ecu	Europäische Rechnungseinheit (1 Ecu ≙ 2,— DM)
EEG	Elektroencephalogramm
EG	Europäische Gemeinschaften
EIR	Executive Intelligence Review
EGStGB	Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch
EK-AIDS	Enquete-Kommission „Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung"
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
EStG	Einkommensteuergesetz
et al.	und andere
etc.	et cetera, und so weiter
Ethik Med	Ethik in der Medizin
EVA	European Vaccine against AIDS
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
EWGV	Vertrag zur Gründung der EWG
FDA	Food and Drug Administration
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GastG	Gaststättengesetz
GdB	Grad der Behinderung
GefStoffV	Gefahrstoffverordnung
GeschlG	Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten
GewO	Gewerbeordnung
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GM-CSF	Granulozyten-Makrophagen-Kolonie-stimulierender Faktor, Colony Stimulating Factor
GMDS	Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
gp	Glykoprotein
GPA	Global Programme on AIDS
gsf	Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit mbH

HBV	Hepatitis-B Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HIV-1, HIV-2	Varianten von HIV Typ 1 und 2
HOE/Bay 946	Xylanpolyhydrogensulfat der Firmen Hoechst und Bayer
Hrsg.	Herausgeber
HSV	Herpes-Simplex-Virus
HTLV III	Human T-lymphotropic Virus Typ III (früherer Name für HIV)
IAF	Interessengemeinschaft der mit Ausländern verheirateten Frauen e. V.
i. d. R.	in der Regel
Ig	Immunglobulin (IgA, IgD, IgE, IgG, IgM)
IIVG	Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung
IMA	Interministerielle Arbeitsgruppe
INIFES	Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie, Stadtbergen
i. v.	intravenös
i. V. m.	in Verbindung mit
JAMA	Journal of the American Medical Association
JArbSchG	Jugendarbeitsschutzgesetz
Jg.	Jahrgang
JVA	Justizvollzugsanstalt
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KAP	Knowledge-Attitude-Practice
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAS	Lymphadenopathiesyndrom
LAV	Lymphadenopathie assoziiertes Virus (früherer Name für HIV)
Ltd.	Leitende/r
MACS	Multicenter AIDS Cohort Study
MABl	Ministerialamtsblatt
MAI	Mykobakterium avium intracellulare
MBZ	Mobiles Betreuungszentrum
MEDIS	Institute for Medical Informatics and Health Systems Research
MinR, MinRat	Ministerialrat
Mio.	Million/en
Mrd.	Milliarde/n
MMG	Medizin, Mensch, Gesellschaft
MMW	Münchener Medizinische Wochenschrift
MPI	Max-Planck-Institut
MRC	Medical Research Council
MTA	Medizinisch technische Assistentin
NAZ	Nationales AIDS-Zentrum
New Engl. J. Med.	New England Journal of Medicine
NIH	National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NRO, NGO	Nichtregierungsorganisation, Non-Governmental-Organization
NRW	Nordrhein-Westfalen
NStZ	Neue Zeitschrift für Strafrecht
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Paris
öff. Gesundh. Wes.	Das öffentliche Gesundheitswesen
OI	opportunistische Infektion
ONAPO	Office National pour la Population
OwiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
PBA	Psychosoziale Beratungsmaßnahmen in den Ländern im Zusammenhang mit AIDS
PcP	Pneumocystis carinii Pneumonie
PCR	Polymerase chain reaction, Polymerasekettenreaktion
PEI	Paul-Ehrlich-Institut
PMG	Project Management Group

RegDir	Regierungsdirektor
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
Richtl.	Richtlinie
RGBl	Reichsgesetzblatt
RKI	Robert-Koch-Institut
RLP	Rheinland-Pfalz
RNS, RNA	Ribonukleinsäure
R & P	Recht und Psychiatrie
RT	reverse Transkriptare
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite
SchwbG	Schwerbehindertengesetz
SchwRi	Schwerpflegebedürftigkeits-Richtlinien
SeemG	Seemannsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch (I bis X)
SGB-AT	Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil (I)
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
tat, rev, pol, gag, env	Genabschnitte im Virusgenom
Tbc	Tuberkulose (auch Tb)
u. a.	unter anderem; und andere
UFK	Universitätsfrauenklinik
USA	United States of America, Vereinigte Staaten
u. U.	unter Umständen
UVRI	Uganda Virus Research Institute
UVV	Unfallverhütungsvorschrift
VBG	Verzeichnis der Einzel-Unfallverhütungsvorschriften der gewerblichen Berufsgenossenschaften
vgl.	vergleiche
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation, Genf
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
WoGG	Wohngeldgesetz
WR	Walter-Reed, Schema zur Stadieneinteilung (WR 0 bis 6)
WTO	World Tourismus Organization
WTZ	Abkommen über wissenschaftlich technische Zusammenarbeit
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
WzM	Wege zum Menschen
z. B.	zum Beispiel
ziK	zu Hause im Kiez
ZfA	Zeitschrift für Allgemeinmedizin
ZNS	Zentralnervensystem
ZRP	Zeitschrift für Rechtspolitik
Z. Sexualforsch	Zeitschrift für Sexualforschung
z. T.	zum Teil
z. Z.	zur Zeit

3. Kommissions-Drucksachen

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	AIDS — Zusehen oder handeln?	hemorandum der Ltd. Ärzte, Universitätsklinikum Essen, FUTURA, März 1987
2	Fakten zur AIDS-Forschung	BMFT 22/1987
3	Bayerischer Maßnahmenkatalog	Ministerialamtsblatt der Bayerischen Inneren Verwaltung, 25. 5. 1987
4	Thesen über den Umgang mit der Krankheit AIDS	Bruns, Manfred Karlsruhe, 9. 6. 1987
5	AIDS-Test im öffentlichen Dienst	Bayerisches Innenministerium 2. 6. 1987
6	Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS	Rosenbrock, Rolf März 1987
7	Memorandum: Leben mit AIDS	Deutsche AIDS-Hilfe e. V. Berlin, 1987
8	Memorandum: Management der AIDS-Problematik	Stille, Wolfgang; Helm, Eilke Brigitte Zentrum der Inneren Medizin Frankfurt, Juni 1987
9	Maßnahmen zur AIDS-Früherkennung und -Behandlung in JVA'n	Justizminister NRW 24. 11. 1986
10	Thesen für die Arbeit der EK-AIDS	Zöllner, Nepomuk Universität München, 24. 6. 1987
11	Stellungnahme vor der EK-AIDS	Spann, Wolfgang Universität München 25. 6. 1987
12	Thesen zur Strukturierung der Arbeit in der EK-AIDS	Gallwas, Hans-Ullrich Universität München 22. 6. 1987
13	Arbeitsfragen für EK-AIDS	Rosenbrock, Rolf 19. 6. 1987
14	Memorandum: Ausbreitung der HIV-Infektion unter i. v.-Drogenabhängigen	Pohle, Hans u. a. Universität Berlin, 10. 4. 1987
15	Stellungnahme vor der EK-AIDS	Becker, Sophinette Universität Heidelberg 25. 6. 1987
16	AIDS und die klinische Infektiologie in der Bundesrepublik	Pohle, Hans Eichenlaub, Dieter Universität Berlin, Juli 1987
17	Methadonbericht (Schweiz)	Bundesamt für Gesundheitswesen Schweiz, 24. 5. 1984
18	AIDS (Dossier)	Europäisches Zentrum, Kirchberg Luxemburg, Juni 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
19	Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen	Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW Mai 1987
20	Empfehlungen zur klinischen Erforschung in den Hochschulen	Wissenschaftsrat Köln Januar 1986
21	Mitteilung der Kommission über die Bekämpfung von AIDS	Kommission der EG Kom (87) 63 eng., 11. 2. 1987
22	ASSP A Multinational Modelling Program	Koch, Michael u. a. ASSP, 31. 3. 1987
23	Politik mit und gegen AIDS	Rosembrock, Rolf Blätter für deutsche und internationale Politik, Jg. 32, 9/1987
24	AIDS — mögliche Notmaßnahmen im Rahmen der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit	Ausschuß für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Kurzprotokoll der 5. Sitzung am 24. 6. 1987 (Auszug)
25	AIDS als Problem in der kassenärztlichen Versorgung	Flatten, Günter; Allhoff, Peter-G. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD Köln 1987
26	AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik — Repräsentativbefragung —	FORSA im Auftrag der BZgA Dortmund, 15. 6. 1987
27	Struktur und Bedeutung der AIDS-Hilfsorganisationen in der Bundesrepublik Deutschland	Deutsche AIDS-Hilfe e. V. Berlin, August 1987
28	Schwerpunkt: AIDS — Mythen und Mächte AIDS als soziale Herausforderung	Schuller, Alexander Runkel, Gunter MMG 12 (1987) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
29	Die AIDS-Strategie	Schuller, Alexander Enke Verlag, Band 12, Heft 3 September 1987 (III), MMG
30	AIDS: Dokumentation eines Expertenhearings der CSU-Fraktion Bayerischen Landtag	Schriftenreihe der CSU-Fraktion im Verlag R. S. Schulz
31	Auswirkungen des Bayerischen Maßnahmenkatalogs auf die Beratungs- und Behandlungsarbeit Bayerischer Einrichtungen	Behr, Ursula Görgens, Klaus PBA-Programm, Juli 1987
32	Bericht der Bundesregierung über die Maßnahmen zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS	BMJFFG November 1987
33	PBA-Programm des BMJFFG Psychosoziale Beratungsmaßnahmen in den Ländern im Zusammenhang mit AIDS	Kloock, Ute Perschke, Christiane Görgens, Klaus Juli 1987
34	Überlegungen zu einem Krankenpflege-Curriculum zum Thema AIDS	Müller, Ruth Kuratorium AIDS der Paul-Ehrlich-Gesellschaft Dezember 1987
35	Gesamtproblematik AIDS aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht	Hehlmann, Rüdiger u. a. Studie, Februar 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
36	AIDS in Schweden	Rosenbrock, Rolf Januar 1988
37	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Kapitel für Zwischenbericht Mai 1988
38	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil A	" "
39	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil B	" "
40	Übertragungswege aus heutiger Sicht, Teil C	" "
41	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil A	" "
42	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil B	" "
43	Das Krankheitsbild von AIDS, Teil C	" "
44	Epidemiologie, Teil A	" "
45	Epidemiologie, Teil B	" "
46	Epidemiologie, Teil C	" "
47	Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil A	" "
48	Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil B	" "
49	Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS, Teil C	" "
50	Primärprävention, Teil A	" "
51	AIDS-Prävention bei i. v.-Drogenabhängigen, Teil A	" "
52	AIDS-Prävention bei i. v.-Drogenabhängigen, Teil B	" "
53	AIDS-Prävention bei i. v.-Drogenabhängigen, Teil C	" "
54	Primärprävention, Teil B	" "
55	Primärprävention, Teil C	" "
56	AIDS — Information für niedergelassene Ärzte	Flatten, Günter Allhoff, Peter G. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 1988
57	AIDS: Eine Herausforderung an die Wissenschaft	3. Bericht des BMFT April 1988
58	HIV-Positivismus Plädoyer für die Einhaltung der Kunstregeln	Rosenbrock, Rolf September 1988
59	Ernährungsepidemiologie: Anmerkungen zum Thema	Zöllner, Nepomuk aus „Ernährung und Gesundheit" 1988
60	Sitzungstermine 1989	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 20. 9. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
61	Themenbereich „AIDS und Recht"	Rosenbrock, Rolf 21. 10. 1988
62	Entwurf einer Arbeitsstruktur für die rechtlichen Fragen der Enquete-Kommission „AIDS"	Bruns, Manfred 20. 9. 1988
63	Entwurf einer Arbeitsstruktur für die Behandlung der Rechtsfragen im Zusammenhang mit AIDS in der Enquete-Kommission AIDS des Deutschen Bundestages	Gallwas, Hans-Ullrich 24. 10. 1988
64	Zwischenbericht zum Modellprojekt AIDS und Kinder	Heckmann, Wolfgang Eicher, Gabriele Facklam, Bernd Juli 1988
65	Endfassung des im Rahmen der Würzburger Fortbildungsveranstaltung am 20. 10. 1988 verteilten provisorischen Handouts	Koch, Michael G. Bayerisches Staatsministerium des Innern, Fortbildungsveranstaltung für Ärzte im öffentlichen Dienst vom 19.—21. 10. 1988
66	Bericht über Maßnahmen gegen die Ausbreitung von AIDS und für die Versorgung der Betroffenen in Berlin 1987 — 1989	Abgeordnetenhaus von Berlin Drucksache 10/2500 vom 20. 10. 1988
67	Drogenabhängige Prostituierte und ihre Freier	Gersch, Claudia u. a. Sozialpädagogisches Institut Berlin 1988
68	Diskussionspapier zu Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 6. 12. 1988
69	Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
70	HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen (Literaturstudie)	Michel, Sigrid WZB, November 1988
71	Arbeitsrechtliche Aspekte der HIV-Infizierung und AIDS-Erkrankung zu KDrs. Nr. 69	Bruns, Manfred 10. 12. 1988
72	Rechtliche Beurteilung staatlicher Eingriffsmaßnahmen und ihrer Einordnung in die Gesamtstrategie der weiteren Verbreitung von AIDS	59. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder 17./18. 11. 1988
73	Bericht über die Förderungsmaßnahmen im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur AIDS-Bekämpfung	BMA November 1988
74	AIDS im öffentlichen Bewußtsein der Bundesrepublik — Wiederholungsbefragung —	FORSA im Auftrag der BZgA 14. 11. 1988
75	Psychosoziale Probleme im Zusammenhang mit der HIV-Infektion Antrag auf Forschungsförderung	Ermann, Michael Hutner, Gerhard Seidl, Otmar München, 4. 10. 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
76	Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge	Labisch, Alfons Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. 1988
77	HIV und AIDS in der Bundesrepublik Deutschland	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik (GMDS) Januar 1989
78	Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
79	Kurzbeschreibung des Modellprogramms Frauen und AIDS	BMJFFG 8. 2. 1989
80	Öffentliches Dienstrecht und AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
81	Maßnahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS	BMJFFG Januar 1989, Dezember 1989
82	Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
83	Betreuung und Versorgung der Erkrankten	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
84	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	BMZ 31. 3. 1989
85	Ausländerbehördliche Maßnahmen gegen die inländische Verbreitung von AIDS	Rittstieg, Helmut Hamburg, April 1989
86	Stellungsnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission „AIDS"	Bundesregierung April 1989
87	Voten des Nationalen AIDS-Beirates (NAB) 1987—1988	BMJFFG Dezember 1988
88	Zeugnisverweigerungsrecht, Beschlagnahmeverbote und Schweigepflicht (Gesetzentwürfe)	BMJ 17. 4. 1989
89	Entwurf für eine Sachverständigenliste zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung 10./11. 10. 1989	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1989
90	Zielgruppenspezifische Prävention, Präventionsbesonderheiten bei Frauen	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
91	Zielgruppenspezifische Prävention, Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung und chronisch psychisch Kranken	" "

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
92	AIDS bei Kindern	Kapitel für den Endbericht
93	Medizinische Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung bei Frauen	" "
94	Die rechtliche Beurteilung von Eingriffsmaßnahmen und ihre Gewichtung im Rahmen der Gesamtstrategie der AIDS-Bekämpfung	AGLMB, GMK AIFO April 1989, Heft 4
95	Gutachten zum strafprozessualen Zeugnisverweigerungsrecht für Suchtberater	Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht Freiburg i. Br., 10. 3. 1989
96	Modellprogramm Psychosoziale AIDS-Beratung in den Ländern 3. Zwischenbericht	BMJFFG Januar 1989
97	Die rechtliche Beurteilung von Eingriffsmaßnahmen und ihre Gewichtung im Rahmen der Gesamtstrategie der AIDS-Bekämpfung	Bayerisches Staatsministerium des Innern AIFO Mai 1989, Heft 5
98	Gutachten zu AIDS-Prävention für die in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Ausländer	Özkan, Zahide Neu-Isenburg, 1. 3. 1989
99	Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modells Streetworker	BMJFFG Februar 1989
100	Beschreibung und Tätigkeiten der Einrichtungen im Modell Drogen und AIDS: Ergebnisse der ersten Befragung	Fahrner, Eva-Maria Schumann, Jutta Niemeck, Ulrich Vogt, Hermann-J. 28. 3. 1989
101	Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter (Programmdefinitionsphase) 1. Zwischenbericht	Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel Februar 1989
102	Zwischenbericht Modellprojekt AIDS und Kinder	Heckmann, Wolfgang Eicher, Gabriele Facklam, Bernd Korn, Margit Berlin, März 1989
103	Psychosoziale AIDS-Beratung in den Ländern	Zentrum Öffentliche Gesundheitspflege Medizinische Hochschule Hannover Februar 1989
104	Qualifizierungsprogramm für AIDS-Fachkräfte Tätigkeitsbericht 1987/1988	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf Februar 1989
105	Modellprogramm Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen 1. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung	ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik Köln Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover 31. 12. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
106	Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter I. HIV-Testung in den Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland bis zum Juni 1988 II. Großmodell Gesundheitsämter — AIDS: Evaluationskonzept, Aufbau und Einführung der Berichterstattung	ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik Köln Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel Mai 1989
107	Modellprogramm Ausbau ambulanter Hilfen für AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen	Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung Hannover 30. 6. 1989
108	Zielgruppenspezifische Prävention, AIDS-Prävention bei der Bundeswehr und im Zivildienst	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
109	Zielgruppenspezifische Prävention, Prävention in privaten und öffentlichen Unternehmen	" "
110	AIDS und Recht, Ausländerrecht und AIDS	" "
111	AIDS und Recht, Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	" "
112	Zielgruppenspezifische Prävention, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis	" "
113	AIDS und Recht, Strafbarkeit des ungeschützten Geschlechtsverkehrs HIV-Infizierter	" "
114	AIDS und Recht, Sozialrechtliche Aspekte der HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung	" "
115	Zielgruppenspezifische Prävention, Einleitung	" "
116	AIDS und Recht, Die Behandlung der Immunschwäche AIDS durch Heilpraktiker	" "
117	Kurzbeschreibung der sozialwissenschaftlichen Projekte, die Ende 1988/1989 angelaufen sind bzw. sich in Umsetzung befinden	BMJFFG 31. 8. 1989
118	Auszug aus dem Bericht über Drogenpolitik des BMJFFG	BMJFFG 24. 2. 1989
119	Personalkommunikative Kampagne der Bundesrentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln	BZgA September 1989
120	Bericht des BMA über die Förderungsmaßnahmen im Rahmen des Sofortprogramms der Bundesregierung zur AIDS-Bekämpfung	BMA September 1989
121	Leitfaden HIV für Ärzte	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e. V. (WIAD) 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
122	AIDS und Recht, Prävention in Justizvollzugsanstalten und das Strafvollzugsrecht	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
123	Statement for the Study Commission on AIDS of the German Federal Parliament	Myers, Maureen NIH, Bethesda 10./11. 10. 1989
124	Behandlung, Versorgung und Betreuung von AIDS-Patienten in Berlin — Ergebnisse der Vorstudie —	Sommerfeld, Dagmar WZB, August 1989
125	Strategien gegen AIDS Workshop der WHO für Europa	Rosenbrock, Rolf September 1989
126	AIDS und Ethik	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
127	AIDS in anderen Ländern, insbesondere in der Dritten Welt	" "
128	Multizentrische prospektive Kohortenstudie zum erworbenen Immundefektsyndrom — Zwischenbericht 10/89 —	AIDS-Zentrum des BGA, Berlin 10./11. Oktober 1989
129	Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsystem (AIDS) III. Prävention, psychosoziale Betreuung und Beratung, Forschung	Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel August 1989
130	Zielgruppenspezifische Prävention, Prävention und Tourismus	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
131	Bericht der AIDS-Kommission	Bayerischer Landtag Drucksache 11/13437 23. 10. 1989
132	AIDS und Recht, Prostitution und AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Kapitel für den Endbericht
133	Modellmaßnahmen des BMA zur besseren Versorgung von AIDS-Patienten	" "
134	AIDS und Recht, Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	" "
135	Aufklärungsmaßnahmen, Modellvorhaben, Projekte und Kooperation des BMJFFG	" "
136	AIDS und Recht, Arzt- und krankenhausrechtliche Aspekte der HIV-Infektion	" "
137	AIDS-Forschung Stand und Entwicklung	" "

4. Kommissions-Arbeitsunterlagen

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
1	Terminplanung 1987/1988 der EK-AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 29. 6. 1987
2	Maßnahmen gegen die Verbreitung des erworbenen Immundefektsyndroms	Österreichisches AIDS-Gesetz 16. 5. 1986
3	Bericht der Bundesregierung zu den bei der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgesehenen Maßnahmen gegen AIDS-Erkrankte oder einer HIV-Infektion Verdächtige	Ausschuß für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (Protokollauszug) 20. 5. 1987
4	Entwurf einer Arbeitsstruktur für die EK-AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 9. 7. 1987
5	AIDS, diagnosis and control	WHO-Konferenz München, März 1987
6	Arbeitsstruktur für die EK-AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 14. 7. 1987
7	Vorschlag für eine Arbeitsstruktur	Rosenbrock, Rolf Wissenschaftszentrum Berlin 14. 7. 1987
8	Entschließung zu AIDS Auszug aus Ergebnisniederschrift	GMK-Sondersitzung 27. 3. 1987
9	Entschließung: AIDS und der Maßnahmenkatalog der Bayerischen Staatsregierung	Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. Erlangen, 20. 5. 1987
10	Stellungnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung der HIV-Infektion	Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten e. V. Heidelberg, Juli 1987
11	Schlußfolgerungen zu AIDS	Rat der EG und der im Rat vereinigten Vertreter der Mitgliedsstaaten Brüssel, 12. 6. 1987
12	Erklärung zu AIDS — Auszug —	Weltwirtschaftsgipfel Venedig, 10. 6. 1987
13	AIDS — Einführung einer Laborberichtspflicht	BMJFFG (Schnellbrief) 10. 7. 1987
14	Aufklärungsmaterial	BZgA, Köln und D.A.H. e. V.
15	(AIDS) Das erworbene Immundefekt-Syndrom Ratschläge an Ärzte	BGA, Berlin Merkblatt Nr. 43 Oktober 1985
16	AIDS-Fallbericht (Formblatt)	BGA, Berlin
17	AIDS-Kohortenstudie (Formblatt)	BGA, Berlin Robert-Koch-Institut
18	Erhebungsbogen für Viruserkrankungen (Formblatt)	Habermehl, Karl-Otto Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V. Berlin April 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
19	Bekämpfung von AIDS — Maßnahmen gegen AIDS — Öffentliche Anhörung —	Ausschuß für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, Protokoll der 76. Sitzung am 19. 3. 1987
20	AIDS — Eine Handreichung für Eltern, Lehrer und Schüler	Zentralstelle Bildung der Deutschen Bischofskonferenz Bonn, Juli 1987
21	Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells"	Arbeitsminister NRW September 1985
22	AIDS surveillance in Europe	WHO Collaborating Centre on AIDS Report Nr. 13, 31. 3. 1987
23	AIDS — Orientierungsrahmen für das Bistum Trier	Arbeitsgruppe AIDS des Bistums Trier 1987
24	AIDS — medizinische Grundinformationen in Stichworten	Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag Dokumentation Juli 1987
25	AIDS in klinischer Sicht	Pohle, Hans D. Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin, 14. 8. 1987
26	AIDS — Eine Herausforderung an die Wissenschaft	2. Bericht des BMFT Juli 1987
27	Die Epidemiologie von AIDS	Koch, Michael u. a. Spektrum der Wissenschaft August 1987
28	Auswahlbibliographie 1985—1987	Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag Bibliographien, Nr. 61, Juli 1987
29	Abstract AIDS-Epidemie	Koch, Michael G. Karlsborg, Schweden 23. 8. 1987
30	AIDS-Aufklärung in England, Frankreich, Norwegen und Schweden — Bericht —	Michel, Sigrid BZgA, Köln WGO — Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung Februar 1987
31	AIDS-Aufklärung in Österreich	Kronenberg, Friedrich-W. BZgA Köln WGO — Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung Januar 1987
32	AIDS-Aufklärung in der Schweiz AIDS-Aufklärung in den Niederlanden	Kronenberg, Friedrich-W. Bliesner, Thomas BZgA Köln WGO — Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung Januar 1987
33	AIDS-Information and Education in the USA	Haeberle, Erwin J. BZgA Köln WGO — Kollaborationszentrum für Gesundheitserziehung April 1987
34	AIDS und Strafrecht	Herzog, Felix Nestler-Tremel, Cornelius Strafverteidiger 8/1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
35	Vorschläge zur AIDS-Prophylaxe	Völker, Rudolf Human Life Foundation Bad Oeynhausen, 1987
	Stellungsnahme	Conrad, Margit Bonn, 8. 7. 1987
36	AIDS-Computerstudie	EIR, Nachrichtenagentur GmbH, Wiesbaden Februar 1987
37	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Leidel, Jan Gesundheitsamt Köln, 14. 9. 1987
38	Statement zur Epidemiologie von AIDS	Deinhardt, Friedrich Max-von-Pettenkofer-Institut München, 16. 9. 1987
39	Materialien zur Anhörung Epidemiologie von AIDS	BGA, Berlin Arbeitsgruppe AIDS September 1987
40	Verhaltensbeeinflussung im Bereich i. v. Drogenbenutzung	Bruns, Manfred 30. 8. 1987
41	Transiente Phänomene — ein Exkurs über Aufmerksamkeits-fallen	Koch, Michael G. u. a. AIFO 1987
42	Modellrechnung zu AIDS	Rosenbrock, Rolf September 1987
43	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Evangelische Kirche in Deutschland 15. 9. 1987
44	AIDS — Vom Molekül zur Pandemie	Koch, Michael G. Spektrum der Wissenschaft Juli 1987
45	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Richter, Horst-Eberhard Gießen, September 1987
46	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Pacharzina, Klaus Grossmann, Thomas Medizinische Hochschule Hannover September 1987
47	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Bocklet, Paul (Prälat) Kommissariat der Deutschen Bischöfe Bonn, 24. 9. 1987
48	AIDS und Strafvollzug	Bruns, Manfred Karlsruhe, September 1987
49	AIDS im Betrieb und im Arbeits-leben	Bruns, Manfred Karlsruhe, September 1987
50	Statement zu gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Clement, Ulrich Heidelberg, September 1987
51	Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Schweiz)	Melde-Verordnung des Schweizer Bundesrates — Epidemiengesetz 1987
52	AIDS in den Niederlanden	van Wijngaarden, Jan aus Dunde (Hrsg): AIDS — Was eine Krankheit verändert Fischer-Taschenbuch-Verlag Frankfurt 1986
53	Jahresbericht 1986	AIDS-Hilfe Schweiz April 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
54	Empirische „klinische Forschung" im ambulanten Bereich zur Entwicklung einer diätetischen „HIV-Positiven-Betreuung"	Franke, Manfred Therapiewoche Sonderausgabe AIDS, 1987
55	Behavioral Consequences of AIDS Antibody Testing Among Gay Men	Coates, Thomas J. u. a. JAMA, Oktober 1987
56	Drogenabhängigkeit und AIDS — ist der Einsatz von Ersatzdrogen gerechtfertigt?	Stark, Klaus u. a. Landesinstitut für Tropenmedizin Berlin 1987
57	Resolution des Flaesheimer Kreis zum AIDS-Problem	Poche, Reinhard Flaesheimer Kreis Bielefeld, 25. 9. 1987
58	Preventive Programmes for Exposed Groups	Moerkerk, Jan Health Education Centre of Amsterdam, Oktober 1987
59	Gefahren, die von HIV-infizierten Prostituierten ausgehen	Vortrag vor dem NAB Fischer, Dorothee Gesundheitsamt Stuttgart September 1987
60	Sicherstellung des flächendeckenden erleichterten (anonymen) Zugangs zum HIV-Test durch die kassenärztliche Vereinigung Hessen	Schaefer, Otfried P. Kassenärztliche Vereinigung Hessen Frankfurt, 9. 10. 1987
61	AIDS-Beratung in der Praxis des niedergelassenen Arztes	Kreuzer, Margot D. Frankfurt, 26. 8. 1987
62	Beratungstagung über AIDS bei Drogenabhängigen — Kurzbericht —	WHO-Regionalbüro für Europa Stockholm, 20. 10. 1986
63	Feministische Aspekte der AIDS-Diskussion	Baustädter, Verena Arzberger, Christine WERKBLATT, 1987
64	AIDS und andere HIV-assoziierte Krankheiten — eine aktualisierte Übersicht	Bundesamt für Gesundheitswesen Arbeitsunterlage für alle Ärzte und Krankenhäuser in der Schweiz Diagnose und Bekämpfung von Infektionskrankheiten März 1987
65	AIDS — Situationsbericht zur aktuellen Lage Maßnahmen zur AIDS-Bekämpfung und Präventions-Strategien	Bundesamt für Gesundheitswesen Bern, Januar 1987
66	Statement zu AIDS-Prävention bei i. v.-Drogenabhängigen	Raida, Johannes Darmstadt, 1. 11. 1987
67	Feststellungen und Schlußfolgerungen zur Epidemiologie und zum Krankheitsbild von AIDS	Bruns, Manfred 1. 11. 1987
68	Effect of fear of AIDS on sharing of injection equipment among drug abusers	British Medical Journal Volume 295, 19. 9. 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
69	Zur Diskussion über die Verabreichung von Methadon an i. v.-Drogenkonsumenten Stellungnahme des Vorstandes der Ärztekammer Berlin vom 7. September 1987	DBÄ, Oktober 1987
70	Stellungnahme zur AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen — Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon etc.)	Kindermann, Walter Frankfurt, 2. 11. 1987
71	Bemerkungen zur Anhörung der EK-AIDS am 17. 9. 1987 Epidemiologie	Gallwas, Hans-Ullrich Oktober 1987
72	AIDS-Kompendium Hoechst 1987	Aktuelles Wissen Hoechst Literatur Service Schäublin, Clemens Vorwort: Stille, Wolfgang
73	Vermerk zur Anhörung Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten unter dem Aspekt der Vermeidung weiterer Infektionen	Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. 13. 11. 1987
74	Thesen zur Beratung und Betreuung von HIV-Infizierten	Marcus, Ulrich BGA, Berlin 16. 11. 1987
75	Beurteilungen zur Anhörung Epidemiologie am 17. 9. 1987	Becker, Karl 4. 11. 1987
76	Stellungnahme der SPD-Mitglieder der EK-AIDS zur Anhörung am 17. 9. 1987 Epidemiologie	Conrad, Margit Großmann, Achim Schmidt, Renate 16. 11. 1987
77	Erste Stellungnahme der SPD-Mitglieder der EK-AIDS zur Anhörung am 18. 9. 1987 Medizinisches Krankheitsbild von AIDS	Conrad, Margit Großmann, Achim Schmidt, Renate 17. 11. 1987
78	Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich	Zimmer-Höfler, Dagmar Uchtenhagen, Ambros Fuchs, Werner Serie A, Nr. 8, Mai 1987
79	AIDS und die klinische Infektiologie in der Bundesrepublik Deutschland	Pohle, Hans Eichenlaub, Dieter Bundesgesundheitsbl. Nr. 30 Oktober 1987
80	Bemerkungen zur Anhörung vom 18. 9. 1987 Medizinisches Krankheitsbild von AIDS	Gallwas, Hans-Ullrich 25. 11. 1987
81	Bemerkungen zum Protokoll vom 29. 9. 1987, Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Gallwas, Hans-Ullrich November 1987
82	Auswertung der Anhörung vom 17. 9. 1987 Epidemiologie	Rosenbrock, Rolf WZB-Arbeitspolitik 2. 12. 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
83	Der HIV-Antikörpertest Medizinische und gesundheitspolitische Probleme	Rosenbrock, Rolf aus: Volkmar Sigusch, „AIDS als Risiko — Über den gesellschaftlichen Umgang mit einer Krankheit, 1987"
84	Kommissionssitzung am 14. 12. 1987 Strukturierung der Aussprache	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Dezember 1987
85	Struktur des Zwischenberichts (Entwurf)	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Dezember 1987
86	Zusammenstellung der Beiträge der Kommissionsmitglieder zum Krankheitsbild und der Epidemiologie von AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Dezember 1987
87	Die Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten durch Heilpraktiker	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Dezember 1987
88	Epidemiologie — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor November 1987
89	Medizinisches Krankheitsbild von AIDS — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor November 1987
90	Stellungnahme zur Epidemiologie von AIDS	Stille, Wolfgang 11. 12. 1987
91	Stellungnahme zur Klinik von AIDS	Stille, Wolfgang 11. 12. 1987
92	Stellungnahme zur Stellungnahme der SPD-Mitglieder der EK-AIDS vom 17. 11. 1987 zum Krankheitsbild	Stille, Wolfgang 1. 12. 1987
93	Fragenkatalog zur AIDS-Thematik	DKG, 2. 9. 1987
94	Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus	BGA, Berlin 1987 Entwurf einer Anlage zu der Richtlinie „Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankhausinfektionen"
95	Stellungnahme der DKG zum Entwurf einer Anlage über „Hygienische Maßnahmen zur Verhütung der Übertragung von HIV im Krankenhaus"	DKG 14. 9. 1987
96	Unterlagen zum Statement zum Themenbereich Makrophagen am 15. 12. 1987	Eder, Max München 15. 12. 1987
97	In vitro Infection of human Epidermal Langerhans cells with HIV	Braathen, Lasse R. et al. Dezember 1987
98	HIV-INFECTIONS IN THE USA A Report to the Domestic Policy Council	CDC, Atlanta November 30, 1987
99	Struktur des Zwischenberichts (Entwurf)	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Dezember 1987
100	Anmerkungen und Kommentare zur Anhörung Medizinisches Krankheitsbild von AIDS	Rosenbrock, Rolf 9. 12. 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
101	AIDS und Erste-Hilfe-Maßnahmen (eine Studie aus der Sicht des Deutschen Rotes Kreuzes)	Koch, Bernhard Kuschinsky, Beate Zöllner, Sigrid DRK, Bonn 1987
102	— Umsatzentwicklung Kondomverkauf seit 1980	Deutsche Latex Forschung 3. 11, 1987 und 3. 12. 1987
	— Oxford Studie (Efficacy of Different Contraceptive Methods)	Vessey, Martin et al. The Lancet, No 8276 April 10, 1982
103	Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor Dezember 1987
104	AIDS-Prävention bei i.v.-drogenabhängigen, Verhaltensbeeinflussung und Substitution (durch Methadon) — Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung	Blank, Joseph-Theodor Dezember 1987
105	Speicherung personenbezogener AIDS-Daten in polizeilichen Informationssystemen	Beschluß der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 7. 12. 1987
106	HIV-Infektion kein Grund gegen eine bedingte Entlassung von Strafgefangenen	Bayerisches Staatsministerium der Justiz 11. 12. 1987
107	COPING WITH AIDS The Special Problems of New York City	Weinberg, David S. Murray, Henry W. The New England Journal of Medicine, Vol. 317, No. 23 December 3, 1987
108	Stellungnahme zum Thema psychosoziale Auswirkungen von AIDS	Stille, Wolfgang 11. 12. 1987
109	AIDS — Die epidemiologische Situation in Deutschland	L'age-Stehr, Johanna Deutsches Ärzteblatt 84, Heft 45, 5. 11. 1987
110	JOINT ADVISORY NOTICE Protection Agasinst Occupational Exposure TO HBV and HIV	Department of Labor/ Department of Health and Human Services October 19, 1987
111	AIDS und präventive Gesundheitspolitik	Rosenbrock, Rolf Veröffentlichungsreihe des IIVC November 1986
112	Nur selten sicher genug Warentest von Kondomen	Stiftung Warentest test 7/87
113	Feststellungen und Schlußfolgerungen zur öffentlichen Anhörung, 29. 9. 1987 Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheit AIDS	Becker, Sophinette Bruns, Manfred Riehl, Dieter Rosebnrock, Rolf 17. 12. 1987
114	Entschließung der Gesundheitsminister und Senatoren der Länder zum Erworbenen Immundefektsyndrom AIDS	57. GMK am 19./20. 11. 1987 in Osnabrück
115	Stellungnahme zur Stellungnahme der SPD-Mitglieder zur Anhörung vom 17. 9. 1987	Geis, Norbert 28. 12. 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
116	Stellungnahme zum Thema Das Krankheitsbild von AIDS	Geis, Norbert 28. 12. 1987
117	Stellungnahme zum Thema Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Geis, Norbert 28. 12. 1987
118	Verordnung der Landesregierung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung)	GBl Landesregierung Baden-Württemberg, 19. 10. 1987
119	Zusammenstellung der Stellungnahmen der Mitglieder der EK-AIDS zur Anhörung Gesellschaftliche Auswirkungen der Krankheits AIDS	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Januar 1988
120	Hinweise und Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur HIV-Infektion	DKG, 21. 12. 1987
121	Entwurf des (Teil-)Zwischenberichts	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 11. 1. 1988
122	Feststellungen und Schlußfolgerungen zur öffentlichen Anhörung Primärprävention	Becker, Sophinette Bruns, Manfred Riehl, Dieter Rosenbrock, Rolf 1. 1. 1988
123	Schlußfolgerungen zur öffentlichen Anhörung Gesellschaftliche Auswirkungen von AIDS	Schmidt, Renate 5. 1. 1988
124	Presse-Mitteilungen usw. zur Makrophagen-Anhörung	Geis, Norbert u. a. Dezember 1987
125	Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder über die eingeleiteten und geplanten Maßnahmen zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS	AGLMB November 1987
126	Chronic HIV-Encephalitis I. Cerebrospinal Fluid Diagnosis II. Clinical Aspects	Felgenhauser, Klaus u.a. Klinische Wochenschrift (1988) 66: 21—31
127	Gesellschaftliche Auswirkungen (Teil B)	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Januar 1988
128	Auftrag und Durchführung der Kommissionsarbeit	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Januar 1988
129	Voten des Nationalen AIDS-Beirates	Nationaler AIDS-Beirat 16. 12. 1987
130	Maßnahmen betreffend AIDS in den Justizvollzugsanstalten Saarland, Nordrhein-Westfalen	Erlasse — Minister der Justiz des Saarlandes vom 11. 1. 1988 — Justizminister des Landes Nordrhein-Westfalen vom 13. 1. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
131	Compulsory Premarital Screening for the Human Immunodeficiency Virus	Cleary, Paul D. et al. JAMA, Vol. 258, Oktober 1987
	Would Screening Prevent the International Spread of AIDS?	Zuckermann, Arie J. The Lancet, November 22, 1986
	Testung und Meldepflicht bei HIV-Infektionen aus ärztlicher Sicht	Pohle, Hans-Dieter DBÄ, 12/1987
132	Inserate zur AIDS-Prävention in der Schweiz	Bundesamt für Gesundheitswesen Bern, November/Dezember 1987
133	10. Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz	BT-Drucksache Nr. 11/1693 vom 20. 1. 1988
134	Gerichtsurteil	Bayerisches Verwaltungsgericht München vom 21. 12. 1987 (Az. M 9 S 87. 5839)
135	Epidemiologie/Übertragungswege Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
136	Übertragungswege Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
137	Epidemiologie Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
138	Anmerkung zu den Gesellschaftlichen Auswirkungen	Geis, Norbert 3. 2. 1988
139	Krankheitsbild Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
140	Krankheitsbild Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Februar 1988 Vorschlag der Berichterstatter
141	Ein Mehrgruppenmodell zur Stimulation der epidemischen Dynamik von AIDS	Weyer, Jürgen u. a. Vorausexemplar für AIFO 1988
142	Strafrechtliche Probleme bei der Einführung von Substitutionsprogrammen für i.v.-Drogenabhängige	Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag WF VII, 18. 1. 1988
143	Seronegativ trotz massiver Exposion	Fortschritte der Medizin 105. Jg (1987), Nr. 34
144	AIDS — Neue Bausteine im Mosaik	Kongreßbericht MMW 130 (1988) Nr. 3
145	Psychosoziale HIV/AIDS-Betreuung	Ermann, Michael u. a. MMW 130 (1988) Nr. 3
146	AIDS: Die Verfassungsmäßigkeit und Gesetzmäßigkeit der Vollzugshinweise des Bayerischen Staatsministeriums des Innern — Rechtsgutachten —	Frankenberg, Günter München 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
147	Orale Substitutionsbehandlung von i.v.-Drogenabhängigen	Republik Österreich Bundeskanzleramt 25. 9. 1987
148	Feststellungen und Schlußfolgerungen zum Themenbereich AIDS-Prävention bei intravenös Drogenabhängigen am 2. 11. 1987	Becker, Sophinette Bruns, Manfred Riehl, Dieter Rosenbrock, Rolf Stille, Wolfgang 10. 2. 1988
149	Gerichtsurteil	Landgericht Hechingen vom 22. 12. 1987, (Gesch-Nr. Kls 9/87)
150	Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben zur medikamentengestützten Rehabilitation bei i.v.-Opiatabhängigen — abschließender Sachstandsbericht —	Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vom 16. 11. 1987
151	AIDS und das Sexualverhalten der Bürger der Bundesrepublik Deutschland	Runkel, Gunter Angewandte Sozialforschung Jg. 14, 2/3 1986/87
	AIDS als soziale Herausforderung	MMG 12 (1987) 171-182
152	Verordnung anderer Betäubungsmittel bei i.v. Opiatabhängigen; hier: Rechtslage bei der NRW-Vorgehensweise	Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vom 18. 2. 1988
153	Auszug aus dem Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates: Medizinische und ökonomische Orientierung	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 31. 1. 1988
154	Evaluation of the San Francisco AIDS Antibody Alternative Test Site	Moulton, Jeffrey M. Havassy, Barbara et al. Department of Psychiatry, University of California Juli 1987 (Revised October 87)
155	Fortentwicklung des Landes-AIDS-Programms von NRW	Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW Februar 1988
156	Zur Frage der Anwendung von Methadon in Deutschland	Newmann, Robert G. Vortrag auf einem Kongreß in Frankfurt 14. 11. 1987
157	Anerkennung der Selbsthilfegruppen der Homosexuellen als gemeinnützig	Bruns, Manfred 1. 3. 1988
158	Schlußfolgerungen aus der Anhörung zur Prävention 15./16. Oktober 1988	Schmidt, Renate Conrad, Margit Großmann, Achim 3. 3. 1988
159	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag Berichterstatter
160	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
161	AIDS: Was kann, was soll getan werden?	Allensbacher Berichte 8/1987 Umfrage vom Februar 1987
162	The Brain in AIDS: Central Nervous System HIV-I Infection ans AIDS Dementia Complex	Price, Richard W. et al. Science, Vol. 239 5. 2. 1988
163	Gemeinsame Hinweise und Empfehlungen der BÄK und der DKG zur HIV-Infektion Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer: Bedeutung des Nachweises einer HIV-Infektion bei Erwachsenen	DKG Januar 1988
164	Zum Risiko einer berufsbedingten Übertragung der HIV-Infektion bei Gesundheitsberufen	Ippen, Michael Literaturstudie im Auftrag der Gesundheitsbehörde Hamburg Januar 1988
165	Gesunde schützen Erkrankte nicht ausgrenzen Arbeitsrechtliche Aspekte von AIDS	Hinrichs, Werner Sonderdruck aus Heft Arbeitsrecht im Betrieb Januar 1988
166	Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag der Berichterstatter
167	Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Krankheit AIDS Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag der Berichterstatter
168	Vorschläge für Empfehlungen der Kommission zum HIV-Test bei Patienten	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988
169	Gerichtsurteil	Landgericht Nürnberg-Fürth 13 KLs 345 Js 31316/87 November 1987
170	Gemeinsame Stellungnahme der ÄK Berlin und des BKG zu den gemeinsamen Hinweisen und Empfehlungen der BÄK und der DKG zur HIV-Infektion	Berliner-Krankenhaus-Gesellschaft Ärztekammer Berlin Februar 1988
171	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention) Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988
172	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention) Teil B	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag der Berichterstatter
173	Das Krankheitsbild von AIDS Teil B	Zöllner, Nepomuk vom 8. 3. 1988
174	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag Berichterstatter

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
175	Auszug aus dem Evaluationsbericht über die AIDS-Prävention in der Schweiz	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne Dezember 1987
176	Empfehlung zur Durchführung der Atemspende bei Reanimationen	AIDS-Kommission der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin vom 12. 2. 1988
177	AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — März 1988 Vorschlag der Berichterstatter
178	Soziale, medizinische und sozialwissenschaftliche Voraussetzungen der Prävention und Bekämpfung von AIDS	Rosenbrock, Rolf AIFO März 1988
179	Rechtliche Aspekte der HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung	Bericht der Kommission des Landes NRW (gebilligt vom Kabinett am 15. 3. 1988)
180	Gerichtsurteil	Arbeitsgericht Düsseldorf Nr. 2 Ca 6267/87 vom 11. 2. 1988
181	Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin zu AIDS	Mitteilungen des Berufsverbandes Deutscher Internisten Sonderdruck aus Der Internist Jahrgang 29/4 April 1988
182	Stellungnahmen zum Vorschlag der Berichterstatter AIDS-Prävention bei i.v.-Drogenabhängigen, Teil A (KAU 177)	Schmidt, Renate Großmann, Achim Conrad, Margit 19. 3. 1988
183	Verhütung vor der Krankheit (Primärprävention) Teil A	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — April 1988 Vorschlag der Berichterstatter
184	Berufsgenossenschaftlicher Grundsatz G 42 (Infektionskrankheiten)	Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 14. 3. 1988
185	Verschiedene Beiträge zu einer Pressekonferenz der D. A. H. am 13. April 1988	Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 13. 4. 1988
186	Untersuchung von Soldaten der Bundeswehr auf HIV-Antikörper	BMVg Februar 1988
187	Bericht an die EK-AIDS zu Fragen der Benachteiligung HIV-infizierter und an AIDS erkrankter Menschen	DEUTSCHE AIDS-STIFTUNG „Positiv leben" 6. 4. 1988
188	HIV-Übertragung per os — Literatursammlung —	Rosenbrock, Rolf 29. 4. 1988
189	HIV-Antikörpertest und Prävention — Literatursammlung —	Rosenbrock, Rolf 3. 5. 1988
190	Vorschlag zur KDrs. Nr. 50 Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion) Teil A	Gallwas, Hans-Ullrich Mai 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
191	Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Primärprävention	Stille, Wolfgang Mai 1988
192	zu Primärprävention KDrs. Nr. 50 Teil A Formulierungsvorschlag für Abschnitt 2.4.2 (S. 28—30)	Bruns, Manfred Mai 1988
193	Rechtslage beim HIV-Test	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Mai 1988
194	AIDS-Prävention bei i. v.-Drogenabhängigen (KDrs. Nr. 53) Vorschläge zu Teil C	Bruns, Manfred Mai 1988
195	Das Krankheitsbild von AIDS (KDrs. Nr. 43) Vorschlag zu Teil C	Zöllner, Nepomuk Mai 1988
196	Primärprävention (allg.) Teil C, (KDrs. Nr. 54)	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Mai 1988
197	AIDS 1988 — Rückblick und Ausblick	Zöllner, Nepomuk Goebel, Franz-Detlev Füeßl, Hermann S., Sonderdruck aus Fortschritte der Medizin Nr. 10 5. 4. 1988
198	Ergebnisse der Repräsentativbefragung zur Wirksamkeit der AIDS-Aufklärung des BMJFFG	Institut für Demoskopie Allensbach, Februar 1988 im Auftrag des BMJFFG
199	Verhütung der HIV-Infektion (Prävention)	Vorschlag: Zöllner, Nepomuk Gallwas, Hans-Ullrich 19. 5. 1988
200	Sondervotum zum Kapitel Primärprävention (KDrs. Nr. 50) Teil A	Fraktion DIE GRÜNEN Mai 1988
201	Der Test auf HIV-Antikörper als Mittel der Prävention	Voigt, Hans-Peter Mai 1988
202	Änderungsvorschlag zu Epidemiologie Teil B (KDrs. Nr. 45)	Rosenbrock, Rolf 19. 5. 1988
203	Dokumentation 1 STOP AIDS	AIDS-Hilfe Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheitswesen April 1988
204	Auszug aus dem Jahresbericht 1987	AIDS-Hilfe Schweiz
205	Sondervotum zu Übertragungswege aus heutiger Sicht (KDrs. Nr. 38) Teil A	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
206	Sondervotum zu Das Krankheitsbild von AIDS (KDrs. Nr. 42) Teil B	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
207	Sondervotum zu Das Krankheitsbild von AIDS (KDrs. Nr. 42) Teil B	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
208	Sondervotum zu Das Krankheitsbild von AIDS (KDrs. Nr. 42) Teil B	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
209	Sondervotum zu Das Krankheitsbild von AIDS (KDrs. Nr. 43) Teil C	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
210	Sondervotum zu Epidemiologie (KDrs. Nr. 44) Teil A	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
211	Sondervotum zu Epidemiologie (KDrs. Nr. 44), Teil A	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
212	Sondervotum zu Epidemiologie (KDrs. Nr. 45+46) Teil B+C	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
213	Sondervotum zu Primärprävention Neufassung der KAU 200 (KDrs. Nr. 50)	Fraktion DIE GRÜNEN Wilms-Kegel, Heike Juni 1988
214	Contact tracing for HIV infection	Adler, Michael W. Johnson, Anne M. British Medical Journal Volume 296, 21. 5. 1988
215	AIDS: a bill of rights for the surgical team?	Dudley, Haf; Sim, A. British Medical Journal Volume 296, 21. 5. 1988
216	Gerichtsurteil	Landgericht München I 20. 4. 1988 (Nr. 17 Kls 123 Js 4230/87)
217	Primärprävention (Verhütung der HIV-Infektion) Teil B	Eimer, Norbert Rosenbrock, Rolf 7. 6. 1988
218	Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefekt- syndrom (AIDS)	Studie des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Mai 1988
219	Sondervotum zu Verhütung der HIV-Infektion (Prävention) (KDrs. Nr. 50) (Neufassung der KAU 199)	Zöllner, Nepomuk Gallwas, Hans-Ulrich 9. 6. 1988
220	Gerichtsurteil	Bayerischer Verwaltungsgerichtshof vom 19. 5. 1988 (Nr. 25 CS 88.00312)
221	Wissen und Einstellungen zu AIDS 1987 und 1988 — Ergebnisse einer repräsentativen Wiederholungsbefragung —	Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 6. 5. 1987
222	Arbeitsstruktur für die rechtlichen Fragen der Enquete-Kommission „AIDS" — Entwurf —	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Juni 1988
223	Strategie zur Bekämpfung von AIDS in Nordrhein-Westfalen	Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 8. 6. 1988
224	Über die Bedeutung von Deter- gentien für die HIV-Prophylaxe unter Heterosexuellen	Wittkowski, Knut M. Juli 1988
225	Anmerkungen zum Beschluß des Bayerischen Verwaltungsgerichts- hofs vom 19. 5. 1988 (AZ. 25 CS 88.00312)	Wittkowski, Knut M. Juli 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
226	Kinder und AIDS Jugendhilfe- und sozialrechtliche Situation	Münder, Johannes, Birk, Ulrich
227	Gerichtsurteil	Amtsgericht Kempten 30. 6. 1988 und 1. 7. 1988 (Gesch.-Nr. Ls 11 Js 393/88)
228	Drogen- und AIDS-Bekämpfung durch Methadon-Programme?	von Hippel, Eike ZRP 1988, Heft 8, August 1988
229	Fachartikel aus Sience und Nature	Sience, Vol. 239, 18. 3. 1988 Nature, Vol. 333, 19. 5. 1988 und 2. 6. 1988
230	AIDS — Orientierungen und Wege in der Gefahr	EKD-TEXTE vom Kirchenamt der EKD Hannover, Juli 1988
231	AIDS und Drogen: Erste Ergebnisse einer differentiell epidemiologischen Untersuchung	Kleiber, Dieter Suchtgefahren, 4/1988
232	Die ethische Problematik von AIDS aus philosophischer Sicht	Löw, Reinhard AIFO August 1988
233	Wann ist ein HIV-Test indiziert?	Wittkowski, Knut M. Deutsches Ärzteblatt 85 Heft 37, 15. 9. 1988
234	Ambulante Schwer- und Schwerstpflege von an AIDS-Erkrankten Finanzierung der Arbeit des „Mobilen Betreuungszentrums" der AIDS-Hilfe Köln	AIDS-Hilfe NRW e. V. Köln, 20. 9. 1988
235	Die Zuverlässigkeit von HIV-Antikörpertests	Eberle, Josef Deinhardt, Friedrich Habermehl, Karl-Otto Koch Meinrad A. Deutsches Ärzteblatt 85 Heft 37, 15. 9. 1988
236	AIDS: Was muß ich wissen? Wie kann ich mich schützen?	Sönnichsen, Niels 1988 (Verlag Volk und Gesundheit Berlin)
237	Votum des Nationalen AIDS-Beirates	Nationaler AIDS-Beirat 21. 9. 1988
238	Ein Jahr Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben"	Heide, Ulrich Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben" Köln, 8. 9. 1988
239	Einstellungen zu aktuellen Fragen der Innenpolitik 1988	Berger Manfred Gibowski, Wolfgang Roth, Dieter Institut für praxisorientierte Sozialforschung (ipos), Mannheim
240	Entwurf einer Anhörungsstruktur zum Themenbereich AIDS bei Kindern	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — September 1988
241	Arbeitsfragen zu dem Themenkomplex: Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlosen HIV-Antikörperträgern	Rosenbrock, Rolf 18. 8. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
242	Memorandum zur Planung und Durchführung kontrollierter klinischer Therapiestudien	Jesdinsky Hans J. (Hrsg.) Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik e. V. Schattauer Verlag Stuttgart, 1978
243	Gerichtsurteil	Bayerisches Verwaltungsgericht Ansbach, 9. 9. 1988 (Nr. AN 4 S 88.01265)
244	Stellungnahme zur Test-Sicherheit auf HIV-Kontakt im Rahmen von sogenannten Screenings	Abholz, Heinz-Harald 18./19. 10. 1988
245	Häusliche Pflege von AIDS-Kranken und psychosoziale Betreuung von HIV-Positiven im ländlichen Raum	Meuthen, Siegfried Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Oberbayern e. V. Gräfelfing, 10. 10. 1988
246	Zur medizinischen Betreuung und Versorgung	Helm, Eilke, B.; Staszewski, Schlomo Stille, Wolfgang Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, 13./14. 10. 1988
247	AIDS aus der Sicht des Pflegepersonals	Walter, Christa u. a. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt 13./14. 10. 1988
248	Medizinische Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker aus klinischer Sicht	Rasokat, Heinrich Universitäts-Hautklinik Köln 13./14. 10. 1988
249	Aspekte psychosozialer Betreuung, Versorgung und Hilfe	Bednarz, Uta Universität Frankfurt 13./14. 10. 1988
250	Psychologische Betreuung und Krisenintervention bei HIV-positiven und AIDS-erkrankten Patienten am Beispiel des Auguste-Viktoria-Krankenhauses Berlin-Schöneberg	Haehnsen, Hans-Jürgen Auguste-Viktoria-Krankenhaus Berlin 13./14. 10. 1988 aus „Der AIDS-Komplex"
251	Natural History of HIV-Infection in Haemophiliacs	Kamradt, Thomas u. a. Universität Bonn Oktober 1988
252	Die Voten des Nationalen AIDS-Beirates	Oesterheld, Falk Öff. Gesundh.-Wes. 50 (1988)
253	Ambulante Versorgung von AIDS-Patienten	Wanjura, Marlies Deutsche Krankenpflegezeitschrift Oktober 1988
254	Das Mobile AIDS-Informations- und -Beratungsteam für ambulante Dienste	Klapps, Petra Deutsche Krankenpflegezeitschrift Oktober 1988
255	Das Schöneberger Modell Beispiel für die ambulante und stationäre Betreuung von AIDS-Patienten	Heise, Walter; L'age, Manfred Deutsche Krankenpflegezeitschrift Oktober 1988
256	Wie sicher ist das Kondom?	Hoffmann, Knut O. K. ZFA, AIDS-Brief, Juli 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
257	Ausgaben und Kosten für Diagnostik und Therapie HIV-infizierter Patienten	Beske, Fritz u. a. Öff. Gesundh.-Wes. 50 (1988)
258	AIDS in Rheinland-Pfalz — eine Zwischenbilanz —	Fuchs, Christoph; Puppe, Bernhard Öff. Gesundh.-Wes. 50 (1988)
259	Statement zu Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten	Geyer, Antje Gesundheitsbehörde Hamburg 15. 10. 1988
260	Statement zu Ambulante Versorgung von symptomlosen HIV-Infizierten und AIDS-Kranken durch niedergelassene Ärzte in Hessen	Kreuzer, Margot D. 18./19. 10. 1988
261	Einführende Worte zur öffentlichen Anhörung Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlosen HIV-Infizierten	Sacher, Juliane 18./19. 10. 1988
262	Statement zu Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten	Mödl, Franz Bayerische AIDS-Stiftung 18./19. 10. 1988
263	AIDS Antibody Testing	Miike, Lawrence October 19, 1987
264	Problematik experimenteller Therapie-Evaluation	Köpcke, Wolfgang MMG 5 (1980) Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
265	Medizinische Betreuung von HIV-Infizierten im Rahmen sogenannter HIV-Modelle	Nitz-Spatz, Sabine (AL) Berlin, 20. 9. 1988 (Kleine Anfrage Nr. 5156 an den Berliner Senat)
266	Erklärung freier Träger in der Hamburger AIDS-Arbeit zum HIV-Modell	Träger der Hamburger AIDS-Arbeit 20. 5. 1988
267	Aus- und Fortbildung von Ärzten zum Thema AIDS	Stille, Wolfgang; Müller, Ruth Oktober 1988
268	Zweites Arbeitsdokument Bekämpfung von AIDS	Europäisches Parlament Ausschuß für Umweltfragen, Volksgesundheit und Verbraucherschutz 22. 7. 1988
269	Tätigkeitsbericht der Gemeinschaft im Bereich AIDS 1987	Kommission der Europäischen Gemeinschaften Brüssel, 17. 5. 1988
270	Erfahrungen in der psychosozialen Betreuung von Hämophilen	Pohlmann, Hans; Schramm, Wolfgang Universität München
271	Measurement of the False Positive Rate in a Screening Program for Human Immunodeficiency Virus Infections	Burke, Donald et al. The New England Journal of Medicine, Volume 319, Nr. 15 October 13, 1988
272	Statement zur öffentlichen Anhörung Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten	Reis, Kristine Nationale AIDS-Stiftung 18./19. 10. 1988
273	Konzept der psychosozialen AIDS-Beratungsstelle der Bayerischen AIDS-Stiftung	Braun-Falco, Otto; Hutner, Gerhard RP September 1987

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
274	Tätigkeitsbericht der psychosozialen Beratungsstelle der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München	Hutner, Gerhard München, Oktober 1988
275	Jahresbericht 1987 AMOC/DHV, Amsterdam	Stiftung Amsterdamer ökumenisches Zentrum (AMOC), Stiftung Deutscher Hilfsverein (DHV), August 1988
276	AIDS als Herausforderung für die Jugendhilfe	Kindermann, Walter Frankfurt, September 1988
277	Senatsvorlage über Maßnahmen gegen die Ausbreitung von AIDS und für die Versorgung von Betroffenen in Berlin 1988/89 Beitrag der Sozialstationen Sachstandsbericht 1. Halbjahr 1988	Wanjura, Marlies Senator für Gesundheit und Soziales Berlin 27. 6. 1988
278	Das Strafrecht im Kampf gegen „AIDS-Desperados"	Herzog, Felix aus „Der AIDS-Komplex", 1988
279	Rahmenaussage zur Bedeutung von AIDS für Menschen mit geistiger Behinderung	Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Marburg 27. 11. 1987
280	Stellungnahme Alle befassen sich mit dem Problem „AIDS" — nur wir nicht? — Unsere Verantwortlichkeit für die behinderten Menschen —	Dennig, Ursula Psychologischer Dienst der Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen des Evang. Johanneswerkes e. V.
281	Abschlußbericht: HIV-Antikörpertests in psychiatrischen Krankenhäusern	Arbeitsgruppe „AIDS" der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der psychiatrischen Krankenhäuser März 1988
282	Welche Aussagekraft haben die Ergebnisse der AIDS-Laborberichtspflicht?	Frösner, Gert Deutsches Ärzteblatt 85 Heft 43, 27. 10. 1988
283	Zum Umfang von Gesundheitsuntersuchungen bei Beamtenbewerbern	Seewald, Otfried Passau
284	AIDS und Strafrecht — Kriminologische Anmerkungen zur strafrechtlichen und kriminalpolitischen Diskussion	Kreuzer, Arthur Justus-Liebig-Universität Gießen
285	Zu den Voraussetzungen der Seuchenbekämpfung durch Blutuntersuchung und Zwangsinformation	Seewald, Otfried Passau
286	AIDS: Recht und Rechtspolitik. Eine Bestandsaufnahme	Bruns, Manfred Oktober 1988
287	Statement zu Beratung, Betreuung und Versorgung von symptomlos HIV-Infizierten	Heide, Ulrich Deutsche AIDS-Stiftung „Positiv leben" 18. 10. 1988
288	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Wahn, Volker 14. 11. 1988
289	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Thünken, Dorothea 14. 11. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
290	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Grosch-Wörner, Ilse 14. 11. 1988
291	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Grupe, Hedi 14. 11. 1988
292	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Huber, Irene 14. 11. 1988
293	Statement zur Anhörung AIDS bei Kindern	Spans, Lis 14. 11. 1988
294	Statement zum Themenbereich AIDS und Frauen	Küng, Zita 14. 11. 1988
295	Frauen und AIDS — Die besondere Betroffenheit drogenabhängiger Frauen	Leopold, Beate Berlin, 14. 11. 1988
296	Statement zum Themenbereich AIDS und Frauen	Beck, Ludwig 14. 11. 1988
297	Statement zum Themenbereich AIDS und Frauen	Petersen, Eiko E. 14. 11. 1988
298	Entwicklung der HIV-Infektion in der Gynäkologie und Geburtshilfe an der UFK Berlin	Schäfer, Axel 14. 11. 1988
299	Sozialpädagogische Betreuung HIV-infizierter Frauen an der Universitäts-Frauenklinik Berlin	Eck, Manuela 14. 11. 1988
300	Statement zum Themenbereich AIDS und Frauen	Walter, Melitta 14. 11. 1988
301	Statement zum Themenbereich AIDS und Frauen	Pankoke-Schenk, Monika 14. 11. 1988
302	Gerichtsurteil	Landesarbeitsgericht Düsseldorf 10. 5. 1988 — 8 Sa 314/88 —
303	Gerichtsurteil	Obergericht des Kantons Zürich 9. 9. 1988 — CZ 88104 U/II. STRK/yb —
304	Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter/innen anerkannter Beratungsstellen in Suchtfragen	SPD-Fraktion Deutscher Bundestag BT-Drucksache 11/3280 9. 11. 1988
305	Kommentar zur Stellungnahme von Dr. med. Abholz zur „Test-Sicherheit auf HIV-Kontakt im Rahmen von sogenannten Screenings" (KAU 244)	Frösner, Gert 12. 11. 1988
306	Stellungnahme zur Beschäftigung von HIV-infizierten Mitarbeitern in Krankenhäusern	Ärztekammer Nordrhein Rheinisches Ärzteblatt Heft 21/1988, 10. 11. 1988
307	Gerichtsurteil	Amtsgericht Schorndorf vom 11. 12. 1987 Geschäftsnummer: 4 F 3/86 dazu Beschluß des Oberlandesgerichts Stuttgart
308	Anmerkungen zur Kommissionsarbeitsunterlage Nr. 305	Bruns, Manfred 1. 12. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
309	Stellungnahme zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Vogel, Klaus 1. 12. 1988
310	Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter/innen von AIDS-Beratungsstellen Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines Zeugnisverweigerungsrechts für Suchtberater/innen	Fraktion DIE GRÜNEN Deutscher Bundestag BT-Drucksache 11/3483 BT-Drucksache 11/3482 24. 11. 1988
311	Schlußfolgerungen des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten zu AIDS	Europäische Gemeinschaften Brüssel, 31. 5. 1988
312	Stellungnahme zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Seewald, Otfried 13. 12. 1988
313	Schlußfolgerungen zu den Anhörungen am 13./14. 10. 1988 und 18./19. 10. 1988	Rosenbrock, Rolf 6. 12. 1988
314	Anmerkung des CDC zur HIV-Übertragung durch Küssen	AIDS-Aufklärung e. V. Frankfurt, 1. 12. 1988
315	Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren	Vieth, Peter November 1988
316	Statement zur öffentlichen Anhörung zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Friauf, Karl Heinrich 13. 12. 1988
317	Statement zur öffentlichen Anhörung zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Schenke, Wolf-Rüdiger 13. 12. 1988
318	Statement zur öffentlichen Anhörung zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Kreuzer, Arthur 12. 12. 1988
319	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	von Hippel, Eike 13. 12. 1988
320	Kurzgutachten zur öffentlichen Ahörung zum Themenbereich Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Frankenberg, Günter 13. 12. 1988
321	AIDS-Kompendium Hoechst 1989	Aktuelles Wissen Hoechst Literaturservice Schäublin, Clemens Vorwort: Zöllner, Nepomuk
322	Rückschlag für die AIDS-Prävention	Bruns, Manfred Vor-Sicht, Dezember 1988
323	Die Suche nach HIV-Infektionsquellen durch das Gesundheitsamt	Kathke, Norbert München, Dezember 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
324	Antidiskriminierungsappell des Nationalen AIDS-Beirates anläßlich des AIDS-Welttages und Ergänzung des Votums 13	Nationaler AIDS-Beirat 30. 11. 1988
325	Aufgabenfelder der Gesundheitsämter: Gesundheitsvorsorge, Gesundheitshilfe — unter dem Einfluß rechtsverbindlicher Schutzmaßnahmen	Loeffelholz von Colberg, Edit Dezember 1988
326	Gerichtsurteil	Bundesgerichtshof 4. 11. 1988 — 1 StR 262/88 —
327	Einleitende Bemerkungen zu der Anhörung Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Simitis, Spiros 13. 12. 1988
328	Gerichtsurteil	Beschluß des Oberlandesgerichts Frankfurt/Main vom 14. 7. 1988 — 3 VAs 4/88 —
329	Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik von HIV-Infektionen	Wildgrube, Jörg H Rübsamen-Waigmann, Helga Die Medizinische Welt 1988; 39
330	AIDS-Prävention und öffentlicher Gesundheitsdienst	Floto, Christian Fassl, Horst Hettwer, Horst Öff. Gesundh.-Wes. 50 (1988)
331	Gerichtsurteil	Beschluß des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs Nr. 3 CS 88.01854
332	Statement zum Themenbereich: AIDS bei Kindern	Struzyna, Karl-Heinz 14. 11. 1988
333	AIDS: Dokumentation der Arbeiterwohlfahrt	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Mittelrhein e. V.
334	1289. Tagung des Rates — Gesundheit — Schlußfolgerungen betreffend Kampf gegen AIDS	Rat der Europäischen Gemeinschaften Brüssel, 15. 12. 1988
335	Gerichtsurteil	Landgericht München I 6 KLs 123 Js 3265/87 Wl.
336	Statement zum Themenbereich Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	von Ferber, Christian 9. 1. 1989
337	Zum staatlichen Umgang mit Gesundheitsrisiken	Karmaus, Wilfried 10. 1. 1989
338	Stellungnahme zum Themenbereich Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	Rühmann, Frank 10. 1. 1989
339	Drei Thesen zum Problembereich Erfahrungen mit der Steuerung durch Rechtsnormen im Intimbereich	Pfäfflin, Friedemann 10. 1. 1989
340	Falsch-positive Befunde bei HIV-Antikörpertest — Briefwechsel —	Rosenbrock, Rolf 22. 12. 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
341	Anmerkungen zur Stellungnahme von Bruns zur KAU Nr. 308	Frösner, Gert 31. 12. 1988
342	Beratung und HIV-Test — Arbeitsblätter für Berater und Ärzte —	Jarke, Jens AIDS-Beratungs- und Informationsstelle der Gesundheitsbehörde Hamburg August 1988
343	Statement zur öffentlichen Anhörung Strafrecht und Strafprozeßrecht	Hassemer, Winfried 11. 1. 1989
344	Statement zur öffentlichen Anhörung Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft sowie Strafrecht und Strafprozeßrecht	Kreuzer, Arthur Universität Gießen 11. 1. 1989
345	Statement zur öffentlichen Anhörung Strafrecht und Strafprozeßrecht	Lüderssen, Klaus 11. 1. 1989
346	Statement zur öffentlichen Anhörung Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	Schmacke, Norbert 11. 1. 1989
347	Gliederungsentwurf AIDS bei Kindern und AIDS und Frauen	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Januar 1989
348	Problemskizze und Fragenkatalog zum Thema AIDS und Ethik — Entwurf —	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 24. 1. 1989
349	Vorschlag für einen Fragenkatalog und eine Sachverständigenliste zu AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 26. 1. 1989
350	Planung der Kommissionsarbeit bis Ende 1989	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — 25. 1. 1989 und 1. 2. 1989
351	Anmerkungen zum Fragenkatalog AIDS und Ethik, KAU Nr. 348	Conrad, Margit 26. 1. 1989
352	Ergänzungsvorschläge zur Anhörung AIDS und Dritte Welt Bezug: KAU 349	Großmann, Achim 28. 1. 1989
353	Schlußfolgerungen zur öffentlichen Anhörung AIDS bei Kindern am 14. 1. 1988	Conrad, Margit 27. 1. 1989
354	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Peretzki-Leid, Ulrike 31. 1. 1989
355	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Bock, Klaus D. 31. 1. 1989
356	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Gürtler, Lutz 31. 1. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
357	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Prittwitz, Cornelius 31. 1. 1989
358	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Schlund, Gerhard 31. 1. 1989
359	Statement zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Simitis, Spiros 31. 1. 1989
360	Allgemeine Unsicherheit, „falsche" und „echte" Sicherheit: Argumente für die routinemäßige Untersuchung von Krankenhauspatienten auf anti-HIV	Bock, Klaus P. Frösner, Gert Januar 1989
361	Auszüge aus der Rede anläßlich des 2. Deutschen AIDS-Kongresses 23./24. 1. 1989 in Berlin	Lehr, Ursula 23. 1. 1989
362	Stellungnahmen zu KAU Nr. 244, 305, 308 und 341	Bruns, Manfred 29. 1. 1989
363	Zu den Voraussetzungen der Seuchenbekämpfung durch Blutuntersuchungen und Zwangsinformationen — Eine Erwiderung auf den Aufsatz gleichen Titels von Otfried Seewald (NJW 1988, S. 2921 ff.) —	Gallwas, Hans-Ullrich Januar 1989
364	Verschiedene Beiträge zu AIDS und Ethik	Zeitschrift für Evangelische Ethik Juli—September 1988
365	Einstellung zur Krankheit AIDS bei niedergelassenen und Klinikärzten in Deutschland	Hammel, Gertrud; Jäger, Hans Handout für den 2. Deutschen AIDS-Kongreß Berlin, Januar 1989
366	Wann ist ein HIV-Test indiziert?	Wittkowski, Knut M. Deutsches Ärzteblatt Heft 4, 26. 1. 1989
367	Statement zur öffentlichen Anhörung Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	Schünemann, Bernd 9. 1. 1989
368	Statement zur öffentlichen Anhörung Strafrecht und Strafprozeßrecht	Schünemann, Bernd 10. 1. 1989
369	Anmerkungen zum Themenbereich Arzt- und Krankenhausrecht	Laufs, Adolf 1. 2. 1989
370	Im Schlußbericht noch zu behandelnde, im Zwischenbericht offengebliebene Punkte Vermerk	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — Januar 1989
371	AIDS — derzeitige Bedeutung für die Chirurgie	Gürtler, Lutz u. a. Langenbecks Arch. Chir. (1989) 374: 60—64
372	Was bedeutet AIDS für die Sexualethik und die Sexualpädagogik?	Frey, Christofer Bochumer Materialien zur Medizinethik Januar 1988

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
373	AIDS: Gedanken zu ethischen Grundlinien	Dunde, Siegfried WzM 40. Jg., Feb./März 1988
374	Ethical Dilemmas in AIDS Research	Melton, Gary B. Gray, Joni N. American Psychologist Januar 1988
375	The Law and Ethics of Psycho-social Research on AIDS	Gray, Joni N. Melton, Gary B. Nebraska Law Review et al. (Vol. 64: 637, 1985)
376	Lessons from Clinical Trials of Treatments for AIDS	Melton, Gary B. American Psychologist, in press
377	Kommentar zur Stellungnahme von Prof. Frösner (KAU 305)	Abholz, Heinz-Harald 31. 12. 1988
378	Kolloquium „Leben mit AIDS" verschiedene Referate	Gründel, Johannes Keil, Siegfried Kittelberger, Barbara epd Dokumentation 1—2/88 Tutzing, 12. 11. 1987
379	AIDS und Sport	Weltverband für Sportmedizin und Weltgesundheitsorganisation Januar 1989
380	Fragen an die Sachverständigen zu AIDS und Ethik	Rosenbrock, Rolf 27. 2. 1989
381	Soziale Absicherung der AIDS-Kranken über bestehende gesetzliche Leistungen unter besonderer Berücksichtigung des neuen Gesundheitsreformgesetzes	Exner-Freisfeld, Helga Februar 1989
382	Ambulante und stationäre Kosten für Diagnostik und Therapie eines AIDS-Patienten der Frankfurter Universitätsklinik, unter Berücksichtigung der zunehmenden Sozialproblematik, einschließlich der Sozialhilfeleistungen von der Diagnosestellung bis zum Tod	Exner-Freisfeld, Helga Helm, Eilke Brigitte Öff. Gesundh.-Wes. 51, 1989
383	Gesundheitsökonomische Aspekte von AIDS	Schwefel, Detlef AIFO Juni 1988
384	AIDS als Problem in der Jugendhilfe	Forum Jugendhilfe Heft 3/4 1988
385	AIDS und die Bundeswehr	BMVg InSan I 1 — Az 42-13-40 3. 1. 1989
386	AIDS-Prävention in der Bundeswehr	Der Wehrbeauftragte des Deutschen Bundestages — WB 5 — 28. 2. 1989
387	Betreuung Aus dem Wörterbuch des Unmenschen	Sternberger, Dolf u. a. Ullstein Sachbuch 3. Auflage 1968
388	AIDS im Krankenhaus — Materialsammlung —	Rosenbrock, Rolf 21. 2. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
389	Aufklärungsstrategien für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Ausländer am Beispiel iranischer Bürger	Foroutan, Behruz Februar 1989
390	Rechtliche Beurteilung der HIV-Infektion von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland — Materialsammlung —	Aretz, Bernd Meuser, Ulrike Flotho, Hannes Marburg, 17. 2. 1989
391	Gerichtsurteil	Landgericht Kempten Ns 11 Js 393/88 20. 1. 1989
392	AIDS Testing and Informed Consent	Swartz, Martha S. Journal of Health Policy and Law Vol. 13, No. 4 Winter 1988
393	AIDS Screening, Confidentiality, and the Duty to Warn	Gostin, Larry et al. AJPH, March 1987 Vol. 77, No. 3
394	Guidelines for Confidentiality in Research on AIDS	Bayer, Ronald et al. AIDS-Research, Vol. 1, No. 4, 1984
395	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Lüderssen, Klaus 9. 2. 1989
396	Pseudowissenschaft von der Gesundheit	Bachmann, Walter Sonderdruck aus Ärztliche Praxis 10. 9. 1989
397	Kuru, AIDS an aberrant social behaviour	Seale, John R. Journal of der Royal Society of Medicine, Vol. 80 April 1987
398	Memorandum Zur AIDS-Pandemie	Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie Meran 19. 6. 1987
399	Falsch-positive Anti-HIV-Tests	Gürtler, Lutz DMW 1989, 114. Jg., Nr. 9
400	Unterrichtsmappe für den Ausbilder AIDS	BMVg RegNr 8 0049020 50100 — InSan I 1/InSan II 4 —
401	Entwurf eines Gesetzes zur strafrechtlichen Gleichstellung von Homo- und Heterosexualität	Die Fraktion DIE GRÜNEN Deutscher Bundestag BT-Drucksache 11/4153 9. 3. 1989
402	Stellungnahme zur Verbreitung von AIDS in Afrika	Gürtler, Lutz München 3. 3. 1989
403	Die Erziehung zum Arzt	Zöllner, Nepomuk Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Kongreß, Wiesbaden 6./10. 4. 1988
404	Stellungnahme des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte	Klemperer, David Düsseldorf, 20. 3. 1989
405	Heterosexually acquired HIV-infection	Skegg, D.C.G. BMJ, Volume 298 Februar 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
406	Low Condom Breakage Rate in Commercial Sex	Richters, Juliet et al. The Lancet, 24. 12. 1988 Nr. 31
407	Preventing the Heterosexual Spread of AIDS	Hearst, Norman et al. JAMA, 22. 4. 1988 Vol 259, Nr. 16
408	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Marburger Bund 30. 1. 1989
409	Chronifizierte paranoid-halluzinatorische Psychose als Erstmanifestation einer HIV-Infektion?	Bernhard, Helga u. a. DMW 114, 1989
410	AIDS und Ethik	Sobel, H. Ethik Med, 1989, 1: 41—45
411	Health Legislation and Ethics In the field of AIDS and HIV-Infection	WHO, Report on an International Consultation Oslo, 26—29 April 1988
412	Law and AIDS Patients' rights and AIDS	Leenen, H. J. J. Universität van Amsterdam 6. 4. 1989
413	Clinical picture of primary HIV infection presenting as a glandular-fever-like illness	Gaines, Hans et al. BMJ, Vol. 297 26. 11. 1988
414	Die große Lüge tödliches AIDS Das Geschäft mit AIDS	Übel, Jochen F. Die kritische Verbraucherzeitung 11. 4. 1989
415	Das „AIDS-Urteil" des Bundesgerichtshofs	Prittwitz, Cornelius Strafverteidiger, Nr. 3, 1989
416	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zu AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	Rehle, Thomas 18. 4. 1989
417	Darf ein Pilot HIV-positiv sein?	Pohle, Hans Sexualmedizin 4/1989
418	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	Fleischer, Kurt 18. 4. 1989
419	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	Grossmann, Henning 18. 4. 1989
420	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	Laukamm-Josten, Ullrich 19. 4. 1989
421	Public Hearing on AIDS in other Countries, especially in Countries of the Third World	Wabitsch, Rudolf 19. 4. 1989
422	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS in anderen Ländern, insbesondere in Ländern der Dritten Welt	von Sonnenburg, Franz 19. 4. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
423	AIDS in ethischer Sicht; AIDS bleibt sozialpolitisches Thema Wendezeit — Zeitwende	Molinski, Waldemar Schneider, Heribert Concepte Heft 11, November 1988
424	AIDS und Selbstbestimmung. Über einige moralische Regeln des Umgangs mit AIDS-Tatsachen	Lübbe, Hermann April 1989
425	Neuromanifestation bei der HIV-Infektion — Wissen und Grenzen —	Enzensberger MMW, Heft 16, 21. 4. 1989
426	Berufsbedingte HIV-Infektion bei medizinischem Personal	Goebel, Frank-Detlev MMW, Heft 16, 21. 4. 1989
427	AIDS und Ethik	Gründel, Johannes April 1989
428	— AIDS und Ethik — Wider eine vorprogrammierte Hoffnungslosigkeit	Anschütz, Felix Sobel, H. Ethik in der Medizin Darmstadt, 1989
429	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS und Ethik	Frey, Christopher 27. 4. 1989
430	Vier Thesen zum Thema AIDS und Ethik	von Uexküll, Thure 27. 4. 1989
431	Votum 18: Krankenpflege von AIDS-Patienten	Nationaler AIDS-Beirat 12. 4. 1989
432	Votum 19: Neurologisch-psychiatrische Aspekte der HIV-Infektion und gefahrgeneigte Tätigkeiten	Nationaler AIDS-Beirat 12. 4. 1989
433	Das historische Syphilis-Paradigma und die Gefahr eines analogen AIDS-Paradigmas der Moral	Haug, Wolfgang F. 27. 4. 1989
434	Screening for HIV Infection: Risks, Benefits and the Burden of Proof	Barry, Michael J. Cleary, Paul D. Law, Medicine and Health Care 14 (1986)
435	Verhältnismäßigkeit der Anti-HIV-Testungen, Antrag Nr. 2363	Landeshauptstadt München Gesundheitsreferat 13. 6. 1989
436	HIV-Tests für ausländische Stipendiaten/innen und Praktikanten/innen	Antwort auf Kleine Anfrage der Fraktion DIE GRÜNEN BT-Drucksache 11/4043
437	AIDS und Strafvollzug	Gähner, Michael Vor-sicht April 1989
438	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Arzt- und Krankenhausrecht	Simitis, Spiros 10. 4. 1989
439	Statement zur öffentlichen Anhörung Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht	Leidel, Jan 15. 6. 1989
440	Den § 175 ersatzlos streichen — jetzt!	Stellungnahme zum Zwischenbericht der EK-AIDS der Initiative „Den § 175 Ersatzlos streichen — Jetzt!"

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
441	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Ministerium der Justiz des Landes RLP 24. 5. 1989
442	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Zeugnisverweigerungsrecht	Kreuzer, Arthur 15. 6. 1989
443	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS und Strafvollzug	Kreuzer, Arthur 15. 6. 1989
444	Der AIDS-Staat: Sicherheit durch Kontrolle und Aussonderung	Beck, Volker Dworek, Günther aus: „Die neue Sicherheit" Hrsg. Appel, Roland, 1988
445	AIDS im individuellen und kollektiven Unbewußten	Reiche, Reimut Z. Sexualforschung 1 (1988)
446	Aufklärungsschwerpunkt „Arbeitswelt"	BMJFFG 8. 6. 1989
447	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Senator für Justiz und Verfassung der Freien Hansestadt Bremen 6. 6. 1989
448	AIDS und Justizvollzug Modellbeschreibung	BMJFFG 18. 5. 1989
449	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Ministerium für Justiz, Bundes- und Europaangelegenheiten, Baden-Württemberg 5. 6. 1989
450	Statement zur öffentlichen Anhörung Einführung einer Schweigepflicht	Baumhauer, Friedrich 31. 5. 1989
451	Statement zur öffentlichen Anhörung Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Forster, Klaus 15. 6. 1989
452	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS in Justizvollzugsanstalten	Romkopf, Klaus 6. 6. 1989
453	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Justizminister des Landes Nordrhein-Westfalen 6. 6. 1989
454	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Justizbehörde, Strafvollzugsamt Freie und Hansestadt Hamburg
455	Positionen zum Themenbereich Schweigepflicht	Zöllner, Nepomuk 12. 6. 1989
456	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Schmuck, Rudolf Juni 1989
457	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Gössel, Karl Heinz 9. 6. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
458	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS in Justizvollzugs-anstalten	Langkamp, Herbert 12. 6. 1989
459	How to Lie with AIDS-Statistics Bemerkungen zur Beeinflussung politischer Entscheidungen durch irreführende Darstellung von Daten	Wittkowski, Knuth Arbeit- und Sozialpolitik 10/1988
460	AIDS-Prävention in Justizvollzugs-anstalten	Bayerisches Staatsministerium der Justiz Gz. 4551 — VIIa — 2293/87 — 8. 6. 1989
461	AIDS-Prävention in Justizvollzugs-anstalten	Justizminister des Landes Schleswig-Holstein V 230/4550 — 118 SH — 6. 6. 1989
462	Remarks at the V. International Conference on AIDS	Joseph, C. Stephan Montreal, 5. 6. 1989
463	Address by his Excellency To the Conference on Acquired Immune Deficiency Syndrome Pandemic	Kaunda, David President of Zambia Montreal, 4. 6. 1989
464	Global AIDS into the 1990s	Mann, Jonathan Montreal, 4. 6. 1989
465	AIDS-Prävention in Justizvollzugs-anstalten	Daniel, Elke Juni 1989
466	AIDS-Prävention in Justizvollzugs-anstalten	von Seefranz, Bernd Juni 1989
467	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS in Justizvollzugsanstalten	Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 16. 6. 1989
468	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS in Justizvollzugs-anstalten Teil II	Romkopf, Günter Juni 1989
469	Problemaufriß zur AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Koob, Gertraud Juni 1989
470	AIDS-Prävention in Justizvollzugs-anstalten	Hessisches Ministerium der Justiz 9. 6. 1989
471	Statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons	Michels, Ingo 16.—18. 11. 1989
472	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Prävention in Justiz-vollzugsanstalten	Böllinger, Lorenz 16. 6. 1989
473	Problemaufriß AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Sauer, Angelica Juni 1989
474	AIDS in Justizvollzugsanstalten	Gähner, Michael 15. 6. 1989
475	Zur Diskussion über die mögliche Einführung einer Schweigepflicht und eines Zeugnisverweigerungs-rechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen	Stiebritz, Karl-Heinz 15. 6. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
476	Zur Notwendigkeit der Einführung des Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter/innen aus Drogenberatungsstellen und -Therapieeinrichtungen	Eckstein, Gerhard Con-drobs Juni 1989
477	Statement zur öffentlichen Anhörung Schweigepflicht für Mitarbeiter und anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Stöckel, Heinz 12. 6. 1989
478	Zeugnisverweigerungsrecht	Heckmann, Wolfgang BGA Berlin 17. 4. 1989
479	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Senatsverwaltung für Justiz, Berlin 6. 6. 1989
480	Öffentliche Anhörung AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Hessisches Ministerium der Justiz 9. 6. 1989
481	AIDS-Prävention in Justizvollzugsanstalten	Der Niedersächsische Minister der Justiz 12. 6. 1989
482	Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection in Homosexual Men who Remain Seronegative For Prolonged Periods	Imagawa, David T. et al. The New England Journal of Medicine 1. 6. 1989
483	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen und Zeugnisverweigerungsrecht von Mitarbeitern in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Tröndle, Herbert 15. 6. 1989
484	Stellungsnahmen für die 1. Lesung Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten	Zöllner, Nepomuk 12. 6. 1989
485	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und eines Zeugnisverweigerungsrechts für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Gössel, Karl-Heinz 15. 6. 1989
486	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in anerkannten Beratungsstellen für AIDS-Fragen und Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeitern in anerkannten Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Eberth, Alexander Juni 1989
487	Ergebnisse der Anti-HIV-Testung von Blutspendern 1985—1988	Gathof, Birgit u. a. Klinische Wochenschrift (1989) 67

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
488	Modellvorhaben: AIDS-Prävention in einer stationären Langzeiteinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung	BMJFFG 20. 9. 1988
489	Entschließungen des 92. Deutschen Ärztetages 1989 in Berlin	Bundesärztekammer 2.—6. 5. 1989
490	Statement zur Testpolitik	Rosenbrock, Rolf Interview in AIDS-Nachrichten 4/89
	Clinical Trials of Zidovudine in HIV Infection	Lancet 1989, 26. 8. 1989
491	Gliederung des Endberichts — Entwurf —	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat —
492	AIDS kann schneller besiegt werden Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit	Rosenbrock, Rolf Zeitschrift für die gesamte Hygiene 34 (1988) Heft 5
493	Statement zur öffentlichen Anhörung Einführung einer Schweigepflicht für Mitarbeiter in Beratungsstellen für AIDS- und Suchtfragen	Schünemann, Bernd 15. 6. 1989
494	AIDS-Handschuhe im Auto	Daschner, Franz Notfallmedizin 15 (1989)
495	1318. Tagung des Rates — Gesundheit — Protokollauszug	Minister für Gesundheit und Verbraucherschutz des Königreichs Spanien Garcia Vargas, Julian Brüssel, 16. 5. 1989
496	HIV-Infektion durch Krankenpflege?	Scheer, T. Fortschr. Med. 1989 Nr. 20, 1989
497	Allgemeine Unsicherheit, „falsche" und „echte" Sicherheit: Argumente für die routinemäßige Untersuchung von Krankenhauspatienten auf anti-HIV	Bock, Klaus Dietrich Frösner, Gert Klin. Wochenschr. (1989) 67
498	Risiko der HIV-Übertragung im Pflegebereich	Gürtler, Lutz Fortschr. Med. 107 Jg. 1989
499	Seuchenrecht und AIDS: Zum doppelten Irrtum „bewährter" Lösungswege	Schmacke, Norbert R & P 1989, 7. Jg.
500	Risiko AIDS	de Witt, Siegfried R & P 1989, 7. Jg.
501	Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men	Cameron, William et al. The Lancet Ltd. 1989 August 19, 1989
502	Materialsammlung zu Sensitivität und Spezifität von HIV-Antikörpertest	Rosenbrock, Rolf 11. 9. 1989
503	Briefwechsel zum Thema Spezifität von HIV-Antikörpertests	Rosenbrock, Rolf 11. 9. 1989
504	Quick Release of AIDS Drugs	Marshall, Eliot Science, Vol. 245 July 28, 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
505	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Opitz, Hans-Georg Boehringer Mannheim GmbH 20. 9. 1989
506	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Mölling, Karin 21. 9. 1989
507	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Hopf, Ulrich Deutsche Wellcome GmbH 21. 9. 1989
508	Mandatory Premarital Testing for Human Immunodeficiency Virus	Turnock, Bernhard J. et al. JAMA, Vol. 261 Nr. 23 June 16, 1989
509	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Deicher, Helmut 22. 9. 1989
510	Stellungnahme zu Stand und Perspektive der Forschung zur Diagnostik retroviraler Infektionen (HIV-1, HIV-2, HTLV-I)	Kurth, Reinhard 19. 9. 1989
511	Stellungnahme zur AIDS-Forschung: Stand und Perspektiven der Grundlagenforschung	Kurth, Reinhard 19. 9. 1989
512	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung — Epidemiologie (national — international)	Koch, Meinrad A. 22. 9. 1989
513	Gibt es Defizite der AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland?	Fleckenstein, Bernhard 25. 9. 1989
514	Stellungnahme zur Epidemiologie von AIDS	Weyer, Jürgen 22. 9. 1989
515	PCR: Genanalyse ohne Gentechnik	Mölling, Karin Deutsches Ärzteblatt, 86, Heft 37, 1989
516	Estimating the prevalence of HIV infection and the specificity of HIV tests in low risk populations	Wittkowski, Knut M. Kingsley, Lawrence A.
517	Beitrag zum Bericht über die Informationsreise der AIDS-Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages nach Ruanda und Uganda vom 22. 6.—1. 7. 1989	Rehle, Thomas September 1989
518	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Schlumberger, Horst D. Bayer AG Schrinner, Elmar Hoechst AG 18. 9. 1989
519	AIDS-Prävention in einer stationären Langzeiteinrichtung	BMJFFG 25. 9. 1989
520	AIDS im Bewußtsein der Bevölkerung?	Köhl, A. Richter, Horst E. Schürrhoff, R. Juni/Juli 1989
521	Statement zum Großmodell Gesundheitsämter	Fischer, Dorotee Stuttgart, September 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
522	Stellungnahme zur Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Eckstein, Fritz 11. 10. 1989
523	Klinische Forschung zum Krankheitsbild AIDS	Goebel, Frank-Detlev 26. 9. 1989
524	Sozioökonomische Apekte von AIDS	van Eimeren, Wilhelm
525	Forschungsaktivitäten der FA. Astra: Foscavir	Westermann, Karl-Wilhelm Astra Chemical GmbH 25. 9. 1989
526	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Kubanek, Bernhard 11. 10. 1989
527	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Siegrist, Johannes 28. 9. 1989
528	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	De Clercq, Erik Herdewijn, Piet 11. 10. 1989
529	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	von Sonnenburg, Franz September 1989
530	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Erfle, Volker 28. 9. 1989
531	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Nickel, Peter 29. 9. 1989
532	Ergebnisse und Empfehlungen aus dem direkten Kontakt mit Infizierten und AIDS-Kranken	Richter, Horst E. September 1989
533	Status of HIV Vaccines at Ciba-Geigy	Bürk, Robert R. 26. 9. 1989
534	Stellungnahme zur Manifestation der HIV-Infektion am Nervensystem	Einhäupl, Karl M. 29. 9. 1989
535	Stellungnahme zur Situation der AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland	Wolf, Hans 28. 9. 1989
536	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Habermehl, Karl-Otto 2. 10. 1989
537	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	von Troschke, Jürgen 2. 10. 1989
538	Forschungsaktivitäten Opportunistische Infektionen	Freie, H. M. Paul Syntex GmbH 29. 9. 1989
539	Stand und Perspektiven der Forschung und Entwicklung von Impfstoffen gegen die Immunschwäche AIDS	Küpper, Hans Hilfenhaus, Joachim Behringwerke AG 25. 9. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
540	HIV-Infektion and AIDS: Challenges for Biomedical Research and the Role of the US Public Health Service	Hamburg, Margaret 10. 3. 1989
541	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Guggenmoos-Holzmann, Irene 3. 12. 1989
542	Empfehlungen zur Förderung der AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland	Staab, A. Heinz 14. 4. 1989
543	AIDS in der Arbeitswelt	Bruns, Manfred ASP 24, 1989
544	Höhepunkte des vom BMFT geförderten Vorhabens	Sethi, K. K. 3. 10. 1989
545	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Hunsmann, Gerhard 9. 10. 1989
546	Änderungsanträge zur Kommissionsdrucksache Nr. 109	Schmidt, Marie-Luise 11. 10. 1989
547	Änderungsantrag zur Kommissionsdrucksache Nr. 80	Schmidt, Marie-Luise Bruns, Manfred, Riehl, Dieter 12. 10. 1989
548	Änderungsantrag zur Kommissionsdrucksache Nr. 80	Schmidt, Marie-Luise Riehl, Dieter 12. 10. 1989
549	Auswertung gesetzlicher Maßnahmen hier: Gurtanlegequoten	Spann, Wolfgang 27. 9. 1989
550	Statement öffentliche Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Wahn, Volker 10. 10. 1989
551	Statement öffentliche Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	L'age, Manfred 5. 10. 1989
552	Stellungnahme zur klinischen AIDS-Forschung in der Bundesrepublik	Helm, Eike B. 6. 10. 1989
553	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	von Sonnenburg, Franz 12. 10. 1989
554	Gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik Deutschland, Verteilung nach Nationalität	Bundesgesundheitsamt 12. 10. 1989
555	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Frösner, Gert 29. 9. 1989
556	Probleme der Sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung/ Forschungslücken	Heckmann, Wolfgang 10. 10. 1989
557	Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht für AIDS- und Suchtberater	Bruns, Manfred 13. 10. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
558	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Henco, Karsten DIAGEN GmbH 8. 10. 1989
559	Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Fox, Johanna u. a. A. Nattermann & CIE GmbH 3. 10. 1989
560	ELISA-Testkits	Delventhal, Hartmut Biochrom KG 11. 10. 1989
561	HIV-Diagnostik	Hampl, Hartmut ABBOTT GmbH 9. 10. 1989
562	Statement zur öffentlichen Anhörung Modelle des BMJFFG	Deutsche AIDS-Hilfe e. V. Runze, Dieter 19. 9. 1989
563	AIDS research supported by the European Economic Community	Pindborg, Jens, J. 12. 10. 1989
564	Auswertung zu Kommissionsdrucksache Nr. 110	Schmidt, Marie-Luise Bruns, Manfred Riehl, Dieter 13. 10. 1989
565	Sondervotum den Begriff Durchseuchung im Endbericht der EK-AIDS zu vermeiden	Riehl, Dieter 22. 10. 1989
566	Änderungsvorschläge zur Kommissionsdrucksache Nr. 108 (Stand: 5. 10. 1989)	Riehl, Dieter 14. 10. 1989
567	Änderungsvorschläge zur Kommissionsdrucksache Nr. 115	Riehl, Dieter 14. 10. 1989
568	Änderungsvorschläge zur Kommissionsdrucksache Nr. 109	Riehl, Dieter 14. 10. 1989
569	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Clement, Ulrich 10. 10. 1989
570	Statement zur öffentlichen Anhörung Modelle des BMJFFG	Peitsch, Ulrike 24. 10. 1989
571	Statement zur Sitzung 24. 10. 1989	Geis, Norbert 25. 10. 1989
572	Statement zur öffentlichen Anhörung AIDS-Forschung: Stand und Entwicklung	Rübsamen-Waigmann, Helga 30. 10. 1989
573	AIDS und Ethik Einleitung zur Kommissionsdrucksache Nr. 126	Gallwas, Hans-Ullrich
574	HIV-Prävalenz unter Patienten einer westdeutschen allgemeinmedizinischen Großstadtpraxis	Zeschel, Achim Meyer-Glauner Wilhelm AIFO März 1989
575	Zu Ausländerrecht und AIDS — Auswertungen —	Gallwas, Hans-Ullrich
576	AIDS Herausforderung an den niedergelassenen Arzt	Baranowski, Eugen Therapiewoche 39, 45 1989
577	Die Nosokomialinfektion ist bei uns die häufigste Infektionsart	Ärzte Zeitung, Nr. 211 8. 11. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
578	Gerichtsurteil	Verwaltungsgericht Hamburg Geschäfts.-Nr.: 8 VG 3260/87 13. 9. 1989
579	Gerichtsurteil	Bundesgerichtshof Geschäfts.-Nr.: 4 StR 318/89 12. 10. 1989
580	zu Kommissionsdrucksache Nr. 110 Teil II Auswertungen	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat — November 1989
581	Zu AIDS in anderen Ländern, insbesondere in der Dritten Welt	Geis, Norbert 14. 11. 1989
582	Betreuung und Versorgung der Erkrankten — Entwurf —	Becker, Sophinette Conrad, Margit Riehl, Dieter 17. 11. 1989/21. 3. 1990
583	Memorandum zur Problematik der Anwendung von Antibiotika und Antiinfektiösen Chemotherapeutika nach den U. S. Kriterien des „Compassionate Usage"	Stille, Wolfgang 14. 11. 1989
584	Votum 20 anläßlich des AIDS-Welttages zu Jugend und AIDS	Nationaler AIDS-Beirat 27. 11. 1989
585	Votum 21 Prävention	Nationaler AIDS-Beirat 27. 11. 1989
586	Votum 22 Modellprogramme der Bundesregierung im Rahmen des Sofortprogramms zur Bekämpfung von AIDS	Nationaler AIDS-Beirat 27. 11. 1989
587	The case for wider use of testing for HIV infection	Rhame, Frank S. et al. New Engl. J. Med. Vol. 320, Nr. 19, 1989
588	Duration of Human Immunodeficiency Virus Infection Before Detection of Antibody	Horsbourgh, Robert jr. et al. The Lancet September 16, 1989
589	Antwort der Bundesregierung zum Menschenhandel mit ausländischen Mädchen und Frauen, sogenannte Heiratsvermittlung und Prostitutionstourismus	Anfrage der SPD-Fraktion (BT-Drs. 11/2210) Deutscher Bundestag BT-Drs. 11/3580 — 30. 11. 1989
590	Mitwirkung von Heilpraktikern bei der Betreuung von HIV-Infizierten bzw. AIDS-Kranken	Zöllner, Nepomuk 8. 12. 1989
591	Betreuung und Versorgung der Erkrankten — Entwurf —	Becker, Sophinette Conrad, Margit Riehl, Dieter 13. Dezember 1989
592	Prävention und Tourismus	Windorfer, Adolf 12. 12. 1989
593	Prostitution und AIDS II. Auswertung	Gallwas, Hans-Ullrich 14. 12. 1989

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
594	AIDS: Entwicklung des Risikobewußtseins, Informationsstandes und der Einstellung der Bevölkerung — Kurzfassung —	Institut für Demoskopie Allensbach 12. 1. 1990
595	AIDS-Bekämpfung, Behandlungspflicht und Arztvorbehalt	Gallwas, Hans-Ullrich 19. 1. 1990
596	Änderungsvorschläge zu Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten	Rosenbrock, Rolf 22. 1. 1990
597	Zu AIDS bei Kindern hier: Eingliederung in Kindergärten	Gallwas, Hans-Ullrich 8. 1. 1990
598	Änderungsvorschläge zu verschiedenen Kapiteln des Endberichtes (Empfehlungen)	DIE GRÜNEN 16. 1. 1990
599	AIDS-Prävention für in der Bundesrepublik Deutschland lebende Menschen aus dem islamischen Kulturkreis Vorschläge für Empfehlungen	Stille, Wolfgang 15. 1. 1990
600	Schlußbemerkung zum Kapitel Ausländerrecht	Rosenbrock, Rolf Bruns, Manfred Riehl, Dieter Becker, Sophinette Pick, Eckhart Schmidt, Marie-Luise Stille, Wolfgang Grossmann, Achim Conrad, Margit 24. 1. 1990
601	Änderungsvorschläge zu AIDS bei Kindern	Bruns, Manfred 2. 2. 1990
602	Zidovudinetherapie bij 141 patienten met symptomen van HIV-infectie	Perenboom, R. Ned Tijdsche Geneesk 1990; 134, Nr. 3
603	HIV Exposure in High-Risk Center Viewed	Stille, Wolfgang 30. 1. 1990
604	Betreuung und Versorgung der Erkrankten Neufassung der KDrs. 83 — neu —	Zöllner, Nepomuk Nepomuk 5. 2. 1990/28. 2. 1990
605	Stellungnahme zu Steuernde Wirkung des Rechts auf Verhalten und Gesellschaft	Geis, Norbert 8. 2. 1990
606	Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben — Rohentwurf —	Gallwas, Hans-Ullrich 8. 2. 1990
607	Änderungsvorschläge zu Beratung und Versorgung der Erkrankten KAU 604 — neu —	Bruns, Manfred 12. 2. 1990
608	Änderungsvorschläge zu Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten KDrs. 82 (28. 1. 1990)	Becker, Karl 7. 2. 1990

Nr.	Titel	Verfasser/Hrsg./Quelle
609	Änderungsvorschläge zu Prävention in Justizvollzugsanstalten und Strafvollzugsrecht	Geis, Norbert 9. 2. 1990
610	Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten KDrs. 82 — neu — (13. 2. 1990) — Empfehlungen —	Becker, Karl 21. 2. 1990
611	Ergänzungen zu AIDS bei Kindern KDrs. 92	Stille, Wolfgang 23. 2. 1990
612	Ausbau Ambulanter Hilfen für an AIDS-Erkrankte im Rahmen von Sozialstationen	Gesundheitsamt Düsseldorf Dezember 1989
613	AIDS-Forschung und -Entwicklung KDrs. 137 Vorschläge zu den Empfehlungen	Stille, Wolfgang
614	Vorschläge zu Teil II und III Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben	Gallwas, Hans-Ullrich
615	Kurzbeschreibung des Projekts TASO	Großmann, Achim 14. 3. 1990
616	Neufassung eines Punktes bei Betreuung und Versorgung von Erkrankten	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat —
617	Pressemeldung	USA Department of Health and Human Services, 2. 3. 1990
	Patentschrift zu Zidovudine	data flow sheet Burrouhghs Wellcome Co.
	Stellungnahme zum Bericht der EK-Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung	Präsident des Bundes deutscher Internisten
618	Vorschlag einer Neufassung zu KDrs. 82 (2. 3. 1990)	Zöllner, Nepomuk 19. 3. 1990
619	Änderungsvorschläge zu Seuchenrecht und verfassungsrechtliche Vorgaben KDrs. 134	Bruns, Manfred 18. 3. 1990
620	Stellungnahme zum Kapitel AIDS in anderen Ländern, insbesondere in der Dritten Welt	Kommissiariat der Deutschen Bischöfe 16. 3. 1990
621	Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten (Sondervotum)	Rosenbrock, Rolf März 1990
622	Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten (Sondervotum)	Rosenbrock, Rolf März 1990
623	Beratung und Betreuung von symptomlos HIV-Infizierten (Sondervotum)	Rosenbrock, Rolf März 1990
624	Weitere Empfehlungen zu AIDS-Forschung in der Bundesrepublik Deutschland	Enquete-Kommission „AIDS" — Sekretariat —



Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon 02 28/36 35 51, Telefax 02 28/36 12 75
ISSN 0722-8333